



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**Experiências na maternidade de primíparas
tardias: um estudo qualitativo**

Eliana de Andrade Flores Jacobsen

Orientação: Professora Doutora Constança Biscaia

Mestrado em Psicologia
Área de especialização: Psicologia Clínica e da saúde
Dissertação

Évora, 2014



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

**Experiências na maternidade de primíparas tardias: um
estudo qualitativo**

Eliana de Andrade Flores Jacobsen

Orientadora:

Professora Doutora Constança Biscaia

Dezembro de 2014

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todas as pessoas que estiveram passo a passo comigo na realização deste trabalho. Aproveito para pedir desculpas àquelas que não citarei.

Agradeço especialmente às mulheres que, voluntariamente, aceitaram participar deste estudo e que confiaram a mim a partilha de suas experiências de tonarem-se mães em idade tardia. Espero ter conseguido ser fiel à transmissão da intensidade e veracidade dos seus relatos.

Também não poderia de deixar de agradecer a minha orientadora, Professora Doutora Constança Biscaia, pela oportunidade da aprendizagem através das discussões do tema, das valiosas sugestões e pelas correções do texto.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização desta Dissertação de Mestrado, os meus sinceros agradecimentos.

Dedico este trabalho aos meus avós por todo amor e cuidado e a minha mãe pelo incentivo neste projeto, que infelizmente já não poderá ver esta conclusão
(in memoria).

“Laus Déo”

Experiências na maternidade de primíparas tardias: um estudo qualitativo

Este estudo propõe-se discutir a vivência da primiparidade tardia, ou seja, a primeira gravidez a partir dos 35 anos de idade. Para isto, foram selecionadas 3 mulheres, dentro de um grupo de 15 primíparas que responderam ao anúncio feito nas redes sociais para a participação deste estudo. As participantes são de nacionalidades portuguesa e brasileira, que tiveram seus filhos com idades entre os 41 e os 45 anos.

A análise das narrativas das participantes com o uso do método fenomenológico permitiram identificar algumas *unidades de significados* que geraram *dez constituintes essenciais*, que são: (1) Significado de ser mãe; (2) Adiamento da maternidade; (3) Vivência na gravidez; (4) Corpo grávido; (5) A idade e a maternidade; (6) Representação do parto; (7) Vivência da maternidade; (8) Apoio recebido; (9) A sexualidade e (10) O trabalho e a maternidade.

De uma forma geral, a experiência da maternidade tardia neste estudo é vista como positiva e não foi considerada tardia, mas o momento ideal ou mais apropriado.

Palavras-chave: Primiparidade; adiamento da maternidade; mãe tardia

Experiences in delayed motherhood of primiparous: a qualitative study

This study proposes to discuss the experience of the late primiparity, a first pregnancy from the age of 35 years old. For this, 3 women were selected from 15 primiparous. The method of selecting the sample was done via an announcement placed on the social networks. The participants are Portuguese and Brazilian nationalities who gave birth their children between the ages of 41 and 45 years old.

Through the narratives of the participants using of the phenomenological method was identified a number of *meaning units* that generated ten *essential constituents*, which are the following: (1) Meaning of being a mother; (2) Delay of the maternity; (3) Experience in pregnancy; (4) Pregnant body; (5) The age and motherhood; (6) The representation of childbirth; (7) Experience of motherhood; (8) Support received; (9) Sexuality and (10) Work and the maternity. In general, the experience of the late motherhood in this study is seen as positive and it was not considered late, but the ideal or the most appropriate time.

Keywords: Primiparity; delay of the motherhood; old mother

Índice

Introdução	1
Parte I – Enquadramento Teórico	3
Capítulo 1: A história da maternidade na sociedade ocidental	3
Capítulo 2: Tornar-se mãe: gravidez e maternidade	7
2.1 Gravidez: uma fase de preparação para a maternidade	9
2.2 As vivências da maternidade.....	14
2.3 A imagem corporal durante e após a gravidez	17
2.4 O Parto: vivências físicas e psicológicas.....	18
2.5 A sexualidade na gravidez e na maternidade	22
2.6 Do bebé imaginário para o bebé real.....	24
Capítulo 3: A primiparidade tardia.....	27
3.1 Significado da gravidez e maternidade tardia	29
3.2 Adaptação da mulher à gravidez e maternidade tardia	33
Parte II Estudo Empírico	39
Capítulo 4: Metodologia.....	39
4.1 Objetivos	39
4.2 Desenho de Investigação	39
4.3 Participantes	40
4.4 Instrumentos	41
4.5 Procedimentos de recolha e análise de dados.....	41
Capítulo 5: Apresentação dos Resultados	45
5.1 Constituintes essenciais e a estrutura geral	45
5.2 Análise dos constituintes essenciais	50
Capítulo 6: Discussão: diálogo com a literatura.....	69
Conclusão	81
Referências Bibliográficas	85
Anexos	97

Anexo 1: Quadro das participantes	97
Anexo 2: Perguntas para as participantes	98
Anexo 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	99
Anexo 4: Tabelas das unidades de significados das participantes	100

Introdução

Foi o tempo que perdeste com a tua rosa que tornou a tua rosa tão importante.
(Antoine de Saint Expéry)

O foco deste estudo está na experiência da primiparidade tardia. Porém, antes de apresentarmos este tópico específico, mencionaremos de forma sucinta a questão da maternidade que inclui também o processo da gravidez, parto e puerpério. Neste trabalho, o conceito da maternidade está relacionado com a fase de transição da mulher sem filho para a mulher mãe e o seu papel com os cuidados com o seu bebé depois do nascimento, embora, a experiência da maternidade pode ter o seu começo na gravidez ou até mesmo antes da conceção, no desejo da mulher de ter um filho.

O objetivo aqui é perceber o significado de ser mãe tardia e averiguar os motivos pelos quais as mulheres, nos dias atuais, têm adiado a maternidade. Com o suporte das teorias da medicina, sociologia e da psicologia, facilitou-nos uma melhor compreensão deste fenómeno em expansão.

A revisão da literatura permitiu-nos constatar que há alguns fatores comuns nos países considerados desenvolvidos ou industrializados, sendo que um dos mais evidentes é a inserção da mulher no mercado de trabalho. Desde que as mulheres passaram a frequentar as universidades e, conseqüentemente, a ter mais acesso à profissionalização e a competir no espaço que antes era somente masculino, a maternidade tem sido posta de parte.

Paralelamente, a tecnologia médica de métodos anticoncepcionais eficientes, permitiu que a mulher pudesse ter um controlo das funções reprodutoras. Na mesma linha, também o avanço de técnicas médicas na área da fertilização, tem contribuído para permitir às mulheres adiar ainda mais a maternidade. Dentre outros motivos para o adiamento da maternidade, vale a pena enfatizar que muitas mulheres, mesmo que não optaram por construir uma carreira profissional, vivenciaram a maternidade tardia devido a outros fatores, tais como: dificuldades financeiras, problemas biológicos ou psicológicos ou ainda a indecisão da própria mulher de ter ou não ter um filho.

Este estudo está organizado da seguinte forma: uma parte teórica, que inclui uma pesquisa abrangente sobre as questões da maternidade, que se inicia por uma reflexão sobre a história da maternidade na sociedade ocidental e a alteração do papel da mulher

na família e na sociedade. De seguida, foi realizado um apanhado da literatura disponível sobre os processos da gravidez, do parto e da maternidade para depois a revisão teórica se focar no assunto da primiparidade tardia. Na parte empírica do estudo, consta a análise das narrativas através da abordagem qualitativa das experiências das participantes.

Uma vez que a gravidez e o nascimento de um filho podem levar a mulher a modificar padrões psicológicos e relacionais, por conta do processo de transição de sua identidade e do aumento de suas responsabilidades, é considerado que esta fase na vida da mulher seja um período de vivência psicologicamente complexa que não apenas desorganiza as suas estruturas mas também a do seu companheiro ou da sua família. O presente estudo não deixando de ter em conta esse contexto, salienta a dimensão pessoal, isto é, o que acontece psicologicamente, o que é internalizado pela mulher e como ela percebe a experiência da maternidade numa idade considerada tardia, ainda que para a mulher possa ser considerada como uma idade ideal para ser mãe.

Portanto, apesar da experiência de tornar-se mãe estar vinculada à estrutura de toda uma rede social, cultural e económica, o presente estudo enfatiza a perspectiva da mulher, o que levou à uma opção pelo uso da abordagem fenomenológica, que permite estudar profundamente a experiência da primeira maternidade tardia de cada uma das participantes e a forma como elas vivenciaram esse fenómeno em estudo.

Parte I – Enquadramento Teórico

Capítulo 1: A história da maternidade na sociedade ocidental

A palavra maternidade está quase sempre associada a outros conceitos como, o amor materno, o instinto materno e os cuidados maternos, que está inserida dentro da dinâmica de uma sociedade, enquadrados numa perspetiva histórica e sociocultural, que leva a sua importância e vivência a ter significados diferentes em função da época e dos contextos socioculturais (Kitzinger, 1996).

A maternidade através da vertente dos cuidados maternos não é considerada uma prática singular, atribuído somente à mulher a competência especial para o cuidar, sendo identificado pela sociedade como um instinto próprio da mulher. Na literatura sociológica sobre os cuidados maternos, a maternidade aparece caracterizada mais como um fenómeno social do que um ato inato da mulher (Fidalgo, 2003). Esta ideia confirma a teoria da antropóloga Kitzinger (1978, *in* Fidalgo, 2003), que a maternidade humana não é instintiva nem automática, mas que é necessário uma aprendizagem para a execução das tarefas maternas. Em sintonia com essas ideias, Ruddick, (1989, *in* Fidalgo, 2003) faz uma distinção entre o ato de dar a luz e os cuidados maternos. O parto, visto como uma experiência biológica, é da competência universalmente feminina, para as mulheres de todas culturas e sociedades. Já os cuidados maternos e o conceito de maternidade são vistos como um fator etnológico e cultural. Isso porque esses conceitos de cuidados maternos, variam as suas modalidades e perceções de acordo com aspetos culturais da mulher, de sua família ou da sociedade onde ela se encontra.

Segundo o estudo histórico da maternidade, o conceito ‘maternidade’ surgiu na época vitoriana, com a intenção de valorizar o papel da mulher na sociedade através de sua função materna – um papel de superioridade que lhe foi dado pela natureza. Porém incluído neste conceito estava agregado o amor materno, como sendo inato a todas as mulheres. No início do século XVIII, é visto uma exaltação ao amor materno, sendo instituído como um valor social e natural das mulheres (Bardinter, 1985). Esta autora contesta este conceito do amor materno, afirmando que o amor materno é um mito, um sentimento humano como qualquer outro, frágil, incerto e imperfeito. Porém há autores ainda nos dias de hoje que afirmam haver uma associação entre a maternidade e o amor

materno, como sendo, um sentimento instintivo e inato, exclusivamente pertencente à mulher (Favaro, 2007). Este autor refere a maternidade como um papel exclusivo exercido pelas mulheres, em que a mulher é vista como um elemento fundamental na formação da família e da sociedade através da maternidade.

O papel da mulher na sociedade vem sendo discutido aos longos dos tempos, no século XIX. Ela estava confinada à representação da boa mãe, a mãe que devia cuidar dos seus filhos em tempo integral, como sendo tarefa somente sua, já que o pai estava designado a ser o responsável pelo sustento familiar (Nye, 1995). Neste sentido, a maternidade é vista não apenas como uma função biológica, mas também social, sendo a maternidade inserida num sistema codificado pelas ideologias num determinado tempo histórico e social (Fidalgo, 2003).

Até pouco antes do século XX, a maternidade configurou-se como uma função de valor principal social, na qual as mulheres eram educadas para agradar os maridos e a ser mães desde os tempos antigos da civilização humana. De acordo com Capra (1986, *in* Von Koss, 2000), o movimento feminista no fim do século XX provocou um profundo efeito na evolução e na história do papel da mulher na sociedade ocidental. O surgimento do movimento feminista criticava a maternidade e reivindicava a emancipação das mulheres das incumbências associadas ao seu papel de mãe, no qual estaria designada apenas a ser mãe, e obrigada a amar os seus filhos automaticamente (Fidalgo, 2003; Rocha-Coutinho, 2003).

Kitzinger (1978, *in* Fidalgo, 2003) contradiz a ideia de que a maternidade humana seja instintiva e automática, sendo considerada como uma experiência que exige aprendizagem e requer tempo na relação mãe-filho para que o amor materno seja desenvolvido.

Para Dimenstrein (1997), a maternidade é uma construção social que poderá ter significado variado de acordo com as crenças e valores de uma determinada sociedade. Segundo Fidalgo (2003), a maternidade humana, ou seja, a condição de a mulher se tornar mãe, é vista como um processo biossocial que inclui aspetos da sexualidade e de reprodução, regulados numa ordem social. Porém, apesar de estarmos num contexto histórico de evoluções, no qual muitas mudanças estão a surgir, como a inseminação artificial e a legalização do aborto em alguns países, o ser mãe ainda é visto como o maior acontecimento na vida da maioria das mulheres.

No século atual, a maternidade é vista como um atributo pertencente à vontade das mulheres (Kude, 1994). Nessa perspetiva, Szapiro e Carneiro (2002) afirmam que a

maternidade deixou de ser vista pela mulher, pelo menos em algumas sociedades, como uma fatalidade, para passar a ser encarada como algo que se insere no âmbito da liberdade de escolha, já que os avanços da medicina e da tecnologia permitem à mulher a possibilidade de ser mãe mais tardiamente ou até mesmo ser mãe sem a intervenção direta de um homem, podendo a maternidade ser uma experiência materna unilateral (Leite, 1996). Apesar das possibilidades e transformações sociais que vêm acontecendo a respeito da maternidade, esta ainda continua a ser um assunto fortemente discutido nos dias atuais, a qual está associada à identidade feminina (Scavone, 2001).

Para Scavone (2001), os motivos associados à decisão de ser mãe estão ligados a vários fatores, que vão desde o biológico até o social, como a vontade de dar continuidade a família, a necessidade de valorização e reconhecimento social. Essas alterações na sociedade ocidental têm vindo a modificar os papéis da mulher na família e na sociedade, principalmente daquelas que não desejam seguir o modelo do passado, idealizado pela sua avó e/ou a sua mãe. Abre-se assim um novo espaço para a vivência de um “novo modelo da maternidade” como uma opção e não como uma obrigatoriedade; podendo ela vir a ser reconhecida socialmente como mulher-mãe, exercendo papéis diferentes e importantes dentro da sua sociedade. (Azevedo & Arrais, 2006).

Há evidências de que desde a infância as meninas treinam o papel de mãe, vindo a desenvolver competência para a tarefa da maternidade, dentre elas o de ser amável, compreensiva, terna, equilibrada, acolhedora e sensível à necessidade do outro. A partir de uma imagem idealizada construída ao longo dos tempos, espera-se que essa mulher-mãe siga um modelo no qual não haja espaço para qualquer sentimento ambivalente, sendo exigida dela a perfeição em seu papel materno (Fidalgo, 2003).

Mediante os relatos da maternidade, a mulher tinha a tarefa principal e exclusiva de cuidar de seus filhos, pelo que o seu potencial intelectual esteve, durante muito tempo, integrado na vivência da maternidade. No século XX, as mulheres que ficavam solteiras ou que não podiam ter filhos eram vistas normalmente como incompletas, infelizes e privadas de sua feminilidade. No final deste século, as mulheres começaram a não aceitar mais a definição da maternidade como “natureza feminina” (Braga & Amazonas, 2005; Nye, 1995). A mulher dos tempos hodiernos para além de mãe passa a exercer também um papel de grande importância na sociedade em diversas áreas profissionais, sendo a maternidade e sua representação postas à prova.

Por um lado, a sociedade esperava que as mulheres continuassem a executar seu papel de mãe, mesmo que trabalhando fora de casa. Por outro lado, as mulheres começaram a ter sonhos de construir carreiras e ter o reconhecimento profissional (Fidalgo, 2003). Nesse sentido, muitas mulheres revelam ter sentimentos de ambivalência em relação à maternidade, provocando novas mudanças e significados do que é ser mãe no século presente, nomeadamente em nossa sociedade. A partir dessas novas atribuições da mãe dentro do grupo familiar, a mulher passou a ter um novo lugar não somente na família, mas também perante a sociedade, podendo desenvolver-se e integrar-se como pessoa e cidadã, tendo mais autonomia de planejar a sua própria vida e de encontrar outras formas de realização pessoal e profissional.

Essa mudança traduz-se em alterações nas prioridades para algumas mulheres que, além de querer exercer o seu papel de mãe, querem também realizar-se como pessoa e como profissional, obtendo assim o reconhecimento social não apenas pelo seu contributo de gerar filhos dando a continuidade à espécie, mas também como um ser humano competente que pode exercer outros papéis no seu contexto social e profissional. Neste sentido, a função de ser mãe tem sido posta em causa, devido a alguns motivos pessoais e profissionais da mulher e da sociedade atual na qual ela está inserida. Porém, ainda há mulheres que têm o sonho ou desejo de ser mãe, arriscam e acreditam nas novas técnicas da medicina que vêm possibilitando à mulher uma maternidade tardia, favorecendo a elas o tempo de profissionalizar-se e construir uma carreira para poder competir de igual com o homem no contexto laboral, tendo um grande desafio: conciliar a carreira e a maternidade.

Capítulo 2: Tornar-se mãe: gravidez e maternidade

No estudo da história da humanidade, a gravidez, pode ser compreendida como uma dádiva, ou uma bênção divina e a infertilidade considerada como um castigo (Maldonado, 1986). Esta perspectiva coloca a possibilidade da gestação humana e a maternidade serem projetos essenciais para a continuação da espécie, colocando na mulher a responsabilidade do processo de procriação e perpetuação da humanidade.

No ciclo de vida da mulher que está tornar-se mãe, há dois processos distintos: a gravidez e a maternidade, muitas vezes confundidos como sinónimos. Porém, segundo Leal (2005) são duas realidades que diferem, quer a nível físico-temporal, quer a nível vivencial e psicológico. A gravidez diz respeito a um período limitado e a maternidade um período mais prolongado, ou porque não dizer infinito. *“Uma vez mãe, sempre mãe”*.

O desejo de ser mãe pode ser compreendido a partir de uma conjugação de diversos motivos, conscientes e inconscientes (Maldonado, 1986). Sendo esses motivos de ordem psicobiológicos e/ou sociais. Dentre os quais destacamos aqui pelo menos três: (1) a identificação com a sua própria mãe. Sendo, que a mulher quando ainda criança, na interação com a sua mãe, imita-a nas suas fantasias infantis com as suas bonecas e através dos cuidados da sua própria mãe para com ela, internalizando assim noções sobre a maternidade e criando um modelo de mãe para si, que futuramente poderá utilizar quando tiver os seus filhos (Brazelton & Cramer, 1989; Grisci, 1994; Zalcberg, 2003; Stern, 2006). (2) A satisfação narcísica e onipotente de se ver no seu bebé é um outro motivo pela qual algumas mulheres podem desejar ter um filho; podendo ser vista como uma representação de se ver no espelho - o bebé refletindo “a imagem grandiosa” da sua mãe (Kohurt, 1974, *in* Brazelton e Cramer, 1989). Esse desejo pelo filho poderá produzir um sentimento de imortalidade, no qual a sua herança genética e as tradições de sua família poderão ter continuidade nas gerações futuras, por exemplo, a continuação do nome da família. (3) Outro motivo poderá ser a possibilidade de recriar vínculos passados, através do nascimento de mais um membro na família. Neste contexto, o bebé chega a essa família, como uma forma de reavivar as relações antigas e recriar laços familiares significantes do passado, mas que com o passar do tempo estiveram adormecidos (Brazelton & Cramer 1989). Maldonado (1986) ainda acrescenta outros motivos, mais especificamente na mulher, a saber: o preenchimento do vazio com um companheiro, o filho, como uma garantia que não ficará sozinha,

motivo este que parece ser mais comum entre as mulheres solteiras, assim como, o desejo do filho como uma extensão de si própria.

Segundo a literatura sobre a maternidade, há uma indicação que as mulheres em diferentes épocas sempre tiveram o desejo ter filhos, sendo que muito delas não apenas queriam ser mães, mas desejavam vivenciar as emoções da gravidez. Este aspecto é visto através dos estudos sobre a infertilidade feminina, sendo sentida pelas mulheres como um grande obstáculo para a realização de seus sonhos de tornarem-se mães. Por exemplo, a investigação feita por Kikendall (1994) sobre a infertilidade e o fator emocional da mulher, menciona que 50% da população feminina identificaram a infertilidade como sendo o problema mais perturbador em suas vidas, outro aspecto mencionado, foi que apenas 5% da população mundial casada faz opção por não ter filhos. Esses aspectos revelam que muitas mulheres em diversas partes do mundo, ainda têm o desejo de não apenas ter um filho, mas também de engravidarem.

Em relação ao momento em que a mulher se sente mãe, ou seja, se há um o momento da transição da mulher sem filho para a mulher - mãe, o trabalho de Stern (*in* Stern et al., 2005), mostra não haver um momento definido ou exato para essa realidade, sendo antes um processo que acontece em várias etapas. O pensamento inicial deste autor, antes da sua investigação, foi que as mulheres se sentiam mães quando davam à luz (Stern, et al.2005). Porém com a sua investigação ficou claro que o “ser mãe” é visto como um processo gradual de construção na mente da mulher, onde é necessário uma organização psíquica da maternidade, que se desenvolve por diversas fases durante todo o processo desde a fase da gravidez, na descoberta consciente que tem um bebê no seu ventre, como no momento do parto e o nascimento - a realidade do bebê em seus braços, para outras, a ideia concreta ou o sentimento de tornar-se mãe só acontece no momento dos primeiros cuidados, com a primeira amamentação.

Em concordância com as ideias dos autores supracitados, ser mãe é fazer parte de uma história sem um fim definido, que começa com a dos seus pais, que começou a partir de seus antepassados e que poderá continuar nas gerações futuras. Para Canavarro (2005), o nascimento de uma criança impele vínculos biológicos entre duas famílias, criando assim uma situação irreversível, que altera os papéis das pessoas envolvidas. Por exemplo, a filha passa a ser mãe, a sua mãe passa a ser avó e a avó passa a ser bisavó e assim sucessivamente. Sendo, portanto o nascimento de um filho, considerado um dos acontecimentos mais importantes e marcantes na vida de uma mulher e da sua família (Moura-Ramos & Canavarro, 2007).

2.1 Gravidez: uma fase de preparação para a maternidade

“...De facto, a espectacularidade de um corpo que se modifica para fazer nascer um outro ser, encerra, justificadamente, o elemento mágico suficiente para, nem as explicitações mais doutas da ciência contemporânea mais sofisticada, fazerem diminuir o encantamento e o mistério.” (Leal, 2005, p. 9).

Segundo alguns autores, a gravidez é considerada como uma fase importante de reajuste e reorganização na vida física, psicológica e identitária da mulher, pois é durante essa fase de transição de papéis de filha para passar para a condição de também mãe, que a mulher grávida poderá reviver experiências anteriores com seus pais assim como, reajustar seu relacionamento com seu parceiro e com sua rotina cotidiana no âmbito da sua vida pessoal e profissional (Rubin 1984; Colman & Colman, 1994; Piccinini, et al. 2008; Raphael-Leff, 1997). Essas mudanças são vistas como significativas na vida de qualquer grávida, podendo ser sentidas mais intensamente pelas primíparas (Maldonado, 1986). Mediante essas transformações na vida da mulher nesse período, a gravidez poderá ser sentida com uma fase de preparação psicológica e de ajustamento familiar, relacional e social.

A gravidez humana na sua dimensão temporal está entre 38 a 42 semanas, pois não é possível precisar o momento da fecundação, sendo considerada um período que medeia entre a concepção e o parto (Rezende, 2000; Mendes, 2002; Canavarro, 2006), podendo acontecer em menos tempo, no caso de uma gestação prematura (Stern, et.al, 2005). Enquanto, a gravidez biológica tem um período relativamente pré-determinado de acontecer, a gravidez psicológica é mais difícil de estabelecer a nível temporal. Segundo Stern (2006), a gravidez biológica nem sempre acontece simultaneamente com gravidez psicológica. Sendo que a gravidez psicológica, geralmente, acontece quando a mulher aceita a gravidez, ou seja, quando a mulher começa a fantasiar e imaginar o seu bebê dentro do seu corpo. Algumas mulheres já se sentem grávidas antes mesmo da concepção, quando desperta o desejo pela maternidade, outras só a partir de alguns meses de gravidez, quando sentem o bebê a mexer dentro do seu ventre.

Stern (2006) ainda afirma que durante os nove meses de gravidez, a mulher se prepara para a maternidade, com expectativas, sonhos, medos, criando imagens de como será o bebê, de como será o marido como pai e de como será ela própria como mãe. Esta é uma fase de preparação fundamental para que haja uma acomodação psicológica da

mulher ao parto e ao nascimento do seu bebê, assim como, à construção da identidade materna.

Para Canavarro (2006), a gravidez é um processo dinâmico, de construção e desenvolvimento, que permite uma preparação para o tornar-se mãe. Este período de preparação e adaptação psicológica ocorre durante os três trimestres da gravidez. O primeiro trimestre refere-se a fase de integração, sendo também, denominado de fase de aceitação ou fase de confirmação da gravidez. O segundo trimestre é referido como fase de diferenciação, ou seja a fase de individualização ou de incorporação fetal. O terceiro trimestre refere-se à fase de separação e de preparação para o nascimento, sendo também, a fase de transição de papel – de filha para mãe (Mendes, 2002).

Esta fase relativamente lenta e progressiva da gravidez permite à mulher vivenciar muitos sentimentos, que poderão torná-la mais suscetível a distúrbios emocionais (Raphael-Leff, 2000), como por exemplo a ansiedade. Soifer (1991) identifica três possíveis fases da ansiedade, durante o período gravídico. Na primeira fase, que ocorre no primeiro trimestre, poderá surgir a incerteza sobre a realidade da gravidez, podendo surgir sentimentos de ambivalência entre o querer e o não querer está grávida. Na segunda fase, já por volta do segundo trimestre, com o aparecimento dos primeiros movimentos fetais e das alterações corporais, que começam a ser mais visíveis, podem surgir fantasias maternas que se constituem como as principais ansiedades deste período, na medida em que podem provocar alguns medos, como já referido. Na última fase, vivida no terceiro trimestre, a mulher está mais focada na preparação para a separação que vai ocorrer no parto. Neste período podem também surgir sentimentos ambivalentes entre a vontade de ter o filho em seus braços e adiar o nascimento do bebê. Nesse momento os sentimentos de conflitos entre poder de facto realizar seu sonho de ver seu bebe mas também querer adia esse momento tão esperado, pode estar relacionado com a confrontação da realidade do parto, o qual é temido por muitas mulheres por ser considerado um momento de dor e sofrimento. Segundo Leal (2005), a gravidez corresponde a uma fase feliz da vida da mulher e /ou do casal, mas também, uma fase que é caracterizada por vivências ou acontecimentos que marcam um período complexo e confuso. Sendo, portanto, um período de vivências cheio de expectativas e simbolismos. Sá (2004) refere-se à gravidez como uma fase que envolve muitas mudanças a nível fisiológico, hormonal, emocional, conjugal e social. Essas mudanças podem causar um equilíbrio instável e exigente ao nível psicológico da mulher (Maldonado, 1986).

Para Leal (2005), essas alterações na vida da gestante estão diretamente relacionadas com a estrutura de personalidade da mulher, o suporte conjugal, familiar e social, o desejo e o significado da gravidez e, por fim, o projeto que a mulher tem sobre a maternidade.

Alguns autores referem-se aos processos da gravidez e da maternidade como mudanças que implicam *stress*, consideradas períodos de crise, devido às perdas e ganhos que estão relacionados às representações desses processos na vida da nova mãe (Canavarro, 2006; Leal, 2005; Sá 2004). Em relação aos ganhos, a posição na sociedade e na família, no cumprimento da função feminina de reproduzir e dar continuidade à sua espécie e o prosseguimento das gerações futuras em sua família. As perdas, neste contexto, estão referidas à limitação da liberdade da mulher, que implica em ser responsável por um ser totalmente dependente dela. Sendo que, quando a mulher se torna mãe, ela não apenas pensa ou decide por si só, mas também por seu filho. Portanto, no âmbito psicológico, a gravidez e a maternidade poderão suscitar sentimentos antigos de incapacidade ou de insucesso, face ao novo papel da maternidade (Leal, 2005).

Através de estudos realizados sobre a gravidez, Colman e Colman (1994) sugerem seis tarefas psicológicas, descritas a seguir: a) aceitar a gravidez, b) aceitar a realidade do feto, c) reavaliar a relação com os pais, d) reavaliar o relacionamento entre companheiros, e) aceitar o bebé como uma pessoa separada e f) integrar a identidade parental.

a) Aceitar a gravidez

Como já referido, a gravidez é um período cheio de alterações, podendo ser uma fase difícil para a mulher, uma gravidez planeada e desejada facilitará o processo de aceitação da mesma. O facto de permitir que outro ser possa se desenvolver dentro do seu corpo e fazer parte de sua vida diária, é uma tarefa que requer uma aceitação plena desse indivíduo que está a “invadir” o seu mundo. A aceitação da gravidez é importante, porque com este acontecimento, haverá muitas mudanças, não apenas dentro dela mas no seu mundo exterior. Por exemplo, as pessoas poderão passar a vê-la não apenas como uma pessoa do sexo feminino, mas como uma mulher frágil ou numa condição especial, na qual as pessoas poderão tratá-la de forma diferenciada: ela passará a ter prioridades em certos locais; alguém poderá até oferecer-lhe um assento nos transportes

públicos. Assim, a mulher que está grávida poderá a ter outra identidade tal como: a “grávida”.

b) Aceitar a realidade do feto

Aceitar o feto é mais do que aceitar está grávida. É permitir que um novo ser viva em plenitude dentro do seu ventre. Após aceitar a gravidez, gradualmente a aceitação do feto torna-se mais real. Esta condição de aceitar o feto dentro do seu corpo, implica também, respeitar algumas regras como não fumar, não beber bebidas alcoólicas, não fazer certas atividades físicas que comprometam o desenvolvimento do feto; evitar o *stress* ou outro tipo de problemas que possam afetar o feto. Assim, com o crescimento do bebé dentro da mãe, que se vai tornando parte de sua vida e também a do seu companheiro. Apesar, da mulher ter uma ligação diretamente física ao bebé alguns companheiros podem estar tão ligados à gravidez, de uma forma psicológica e de apoio à mulher, que eles também se sentem grávidos, podendo até sentir alguns aspetos físicos da gravidez, como: as náuseas, enjoos e/ou desejos de coisas estranhas (Colman & Colman, 1994). Para Canavarro (2006), este período da aceitação do feto é fundamental para o processo psicológico da gravidez, pois é neste momento que a mulher aceita o feto como individuo separado dela, mesmo que o seu bebé ainda esteja ligado à ela pelo cordão umbilical. Lederman (1996, *in* Canavarro, 2006) refere que a comunicação mãe-bebé de forma verbal e tátil é um indicador externo dos processos intrapsíquicos que acontecem nesta fase.

c) Reavaliar a relação com os pais

Durante a gravidez os futuros pais poderão sentir uma necessidade de modelos para esses novos papéis. Eles poderão avaliar a relação atual ou do passado com seus pais, no sentido de ajustar um equilíbrio dessa relação para que possam desempenhar bem o seu novo desafio – ser pais. Por exemplo, poderão surgir sentimentos de amor, gratidão, mas, também, odio, frustração e dependência relativamente aos seus pais. Para Colman e Colman (1994), os futuros pais refletem muito a questão do vínculo e a identificação com os seus próprios pais quando eles estão prestes a tornar-se pais também.

d) Reavaliar o relacionamento com o companheiro

Neste aspeto poderão surgir preocupações nas mulheres, tais como: se ela terá apoio do marido, se ele vai estar com ela ou vai abandoná-la. Alguns casais passam a questionar-se e têm receios do que possa acontecer à sua relação com a responsabilidade e o novo papel da parentalidade perante a família e a sociedade. Outro aspeto que pode ter implicações na relação conjugal resulta do facto de alguns homens poderem sentir-se rejeitados com a chegada do bebé. Para Colman e Colman, (1994), a gravidez, principalmente do primeiro filho, contribui para que haja uma mudança nos papéis e na identidade do casal, na medida em que vão ter que conciliar os papéis para atenderem as suas necessidades e também as do bebé. Maldonado (1986) diz que a maternidade e a paternidade são momentos fundamentais no ciclo de vida do casal, no qual, o homem e a mulher tem a oportunidade de integração e de desenvolvimento da personalidade. Em sintonia com este pensamento, Figueiredo (2000) afirma que para uma vivência plena da gravidez, o casal deverá ter um grau de maturidade e desenvolvimento emocional, para que a união entre eles possa a ser cada vez mais segura e permita a realização satisfatória dos seus novos papéis. A partir do momento em que o casal aceita a gravidez e se responsabiliza por ela, não se trata mais de um homem e uma mulher, mas de um pai e uma mãe ampliando e fortalecendo um vínculo com a entrada de um terceiro elemento – o filho.

e) Aceitar o bebé como uma pessoa separada

Principalmente nos últimos meses da gravidez, poderão surgir sentimentos de ambivalência. Por um lado, os pais estão ansiosos pela chegada do bebé, a mulher pode sentir-se cansada com o peso da barriga mas também poderá sentir a “perda” da gravidez, pois o ser que está dentro dela, fazendo “parte do seu próprio corpo” agora será “separado” dela. Com o nascimento do bebé, a mãe será confrontada com essa realidade da separação. O bebé, antes passivo, visto somente pelas ecografias, é agora ativo, fazendo com que a realidade de ser mãe e pai seja concreta. O nascimento do bebé é uma verdadeira separação física entre a mãe e o filho, que poderá ser sentida por algumas mulheres como um momento muito difícil. Mercer (1996) indica que há um aumento de ansiedade em decorrência do parto, que nas primíparas, é ainda maior por ser um acontecimento desconhecido. No caso das múltiparas é referido como um acontecimento fisicamente desconfortável. Canavarro (2006, p. 43) diz: “A tarefa principal consiste assim, em aceitar que, embora a existência do bebé possa ser

gratificante para a mãe, ele existe para além dela e que deve ser aceito enquanto pessoa separada, com características e necessidades próprias”. Segundo Maldonado (1986), para uma relação saudável mãe-bebê, é necessário que as necessidades do bebê sejam adequadamente atendidas, mas o bebê deverá ser visto como um indivíduo separado e não simbioticamente confundido com a mãe.

f) Integrar a identidade parental

Esta nova tarefa implica a avaliação das perdas e dos ganhos introduzidos pela parentalidade e a aceitação das mudanças subjacentes, provocadas nesta fase na vida de um casal (Canavarro, 2006). A adaptação a esta tarefa depende amplamente dos significados atribuídos a estas novas mudanças: há pais que sentem uma grande descontinuidade com a identidade anterior, outros sentem que esta nova identidade de pai ou mãe foi o que sempre sonharam.

Apesar de a gravidez ter diferentes fases, esta é considerada pelas mulheres como um momento único, ou seja cada gravidez é vivenciada de forma singular, mesmo para a mulher que já vivenciou estar grávida por várias vezes; vindo a sentir cada gravidez de maneira diferente, tendo em consideração o contexto que aconteceu a gravidez e dentro da perspetiva da história de vida da mulher. No entanto, há algumas características comuns a todas as grávidas, como: as mudanças no corpo, as alterações hormonais, emocionais, a mudança na sua identidade e no seu papel social (Colman & Colman, 1994).

2.2 As vivências da maternidade

O conceito da maternidade é um tanto ambíguo, pois este período pode ser entendido tanto como um momento antecipado ao nascimento, como também, uma ação a longo prazo, que transcende a gravidez (Leal, 2005). Para Sau (2000, *in* Fidalgo, 2003), a maternidade refere-se à maneira como as mulheres assumem a gravidez, o parto e os cuidados logo após o nascimento, até o filho se tornar independente de sua mãe. Segundo Badinter (1985), *a função materna, levada ao seu limite extremo, só terminaria quando a mãe tivesse, finalmente, dado à luz um adulto* (p. 20). Canavarro (2006) refere-se a maternidade como a capacidade de prestar cuidados e amor que possibilitem um desenvolvimento harmonioso e saudável para a criança até a fase adulta. Portanto, o termo maternidade pode ser compreendido de forma temporalmente diferente, não sendo necessariamente estabelecido o seu começo e nem o seu fim.

Maldonado (1986), enfatiza que a maternidade é um período, assim como a gravidez, que exige sucessivas mudanças e tarefas de ajustamento ao longo do tempo, podendo ser considerado um período após o parto no qual implica mudanças a vários níveis: biológico, psicológico, social e conjugal, no qual deve haver um nível de maturidade por parte dos pais para que haja um ajustamento da rotina e do relacionamento familiar. Essas mudanças poderão também ter influência da cultura, valores e crenças da sociedade e época na qual mãe e filho estiverem inseridos (Botelho, 2003). A maternidade pode ser ainda compreendida como um processo que se encontra associado as vertentes socioculturais, científicas, económicas, tecnológicas e políticas de uma sociedade (Kitzinger, 1978), uma experiência única para cada família, na qual requer grandes responsabilidades, uma vez, a decisão da mulher de prosseguir com a gravidez, essa atitude poderá ser comparada a água dum rio corrente que não volta mais atrás, sendo assim, algumas mulheres podem sentir-se abençoada por poder gerar e cuidar de filhos, assim como sentir-se angustia por uma decisão fatal em suas vidas; que transformará sua identidade e seu papel perante à família e a sociedade. Rubin (1984) fala-nos do núcleo da identidade materna, o qual reside nos conceitos do EU - mãe e VOCÊ - filho e na forma como ambos se relacionam e influenciam. Durante a gravidez, a identidade materna é construída por meio de uma imagem idealizada de si como mãe e do bebé como filho. No período pós-parto, essa identidade materna implica em mudanças, que irá estabelecer a imagem idealizada da relação mãe - filho, sendo uma realidade concreta.

Para Maldonado (1986), alguns fatores podem contribuir para a vivência da maternidade, tais como: se a mulher tinha ou não o desejo de tornar-se mãe; quais as condições da mulher no que diz respeito à maternidade (se a mulher é primípara ou múltípara; se teve algum aborto, se realizou algum tipo de tratamento para infertilidade); se vive com pai do bebé, se o seu relacionamento conjugal é considerado satisfatório ou não; se dispõe de uma rede social de apoio (amigos, familiares ou outros); o contexto socioeconómico dessa grávida (se ela dispõe de condições financeiras e de higiene para criar o filho); o contexto assistencial (se a mulher grávida tem acesso a profissionais de saúde e informativos que poderão lhe assistir de forma satisfatória e segura).

No âmbito psicológico, a maternidade pode ser compreendida como um processo de construção que exige uma preparação da mente da mulher para a mudança de sua identidade e da rotina de sua vida cotidiana, nas tarefas que ela terá que exercer

com um ser que dependerá dela por um longo período de tempo. Como já mencionado acima é na gravidez que a mulher se prepara para essa função materna. Segundo Winnicott (1956/2000) a mulher enquanto grávida, desenvolve uma condição psicológica, referido por ele, de “*preocupação materna primária*”, que tem como objetivo capacitar a mulher de se preocupar e até mesmo se colocar no lugar do bebê, para que ela possa ser responsiva às necessidades dele. Esta condição poderá exigir que a mulher altere suas prioridades por um certo período de tempo ou até mesmo excluir alguns de seus interesses para ter condições e tempo suficiente para os cuidados com o seu bebê. Para Winnicott (1956/2000), o estabelecimento da preocupação materna primária permite ao bebê revelar suas tendências de desenvolvimento, experimentar um movimento espontâneo e dominar as sensações apropriadas a esta fase de sua vida, para isto acontecer, deverá haver um trabalho psicológico por parte da mulher. Em concordância com essa ideia, Stern (2006) inclui o conceito de preocupação materna primária de Winnicott (1956/2000) na sua descrição sobre a constelação da maternidade. Segundo Stern (2006), o nascimento de um bebê, especialmente do primeiro, altera o *status* e a identidade da mulher, o que exigirá dela uma organização psíquica para a aceitação dessa mudança na sua vida. A duração dessa organização poderá ser temporária mas também poderá se estender por meses e até por anos.

Stern (2006) sugere quatro temas centrais que compõem a constelação da maternidade que podem ser entendidos como as novas tarefas que a mãe tem que desempenhar. O primeiro tema refere-se à vida e crescimento e está relacionado com as capacidades maternas de manter a vida e o crescimento do bebê, além de promover o seu crescimento e desenvolvimento físico. O segundo tema é denominado pelo autor de “relacionamento primário”. Este refere-se as formas de relação no primeiro ano de vida do bebê, o que inclui a capacidade da mãe de se envolver emocionalmente com o bebê, de forma suficientemente verdadeira e intensa para promover o seu desenvolvimento psíquico e afetivo. É neste segundo tema que pode ser integrada a “preocupação materna primária” de Winnicott. O terceiro tema refere-se à matriz de apoio. Este tema faz menção à necessidade da mãe de criar, permitir, aceitar e regular uma rede de apoio protetora para si, para poder realizar as tarefas dos temas anteriores. No quarto tema, denominado de “reorganização da identidade”, refere-se a uma alteração em sua identidade, alterando a sua posição de filha para mãe, de esposa para progenitora, de profissional para mãe de família. Essa reorganização é importante para que a mulher

possa mudar os seus investimentos emocionais, a sua organização em relação ao tempo e as suas atividades.

Neste contexto, Stern (2006) enfatiza que há uma necessidade de modelos de identificação para a mãe, pois o trabalho mental exigido para tal mudança fará com que a mulher reviva sua história de identificações com a própria mãe e com outras figuras maternas. Assim como a preocupação materna primária, a constelação da maternidade não é desenvolvida por todas as mulheres. Além disso, ela não é natural nem inata, mas desenvolvida a partir do contexto da maternidade, podendo ser influenciada por fatores psicológicos, biológicos e socioculturais. Por vezes, mesmo que sob as mesmas condições, nem todas as mães desenvolvem a constelação da maternidade, tendo em conta a história individual de cada mulher.

Segundo a revisão da literatura sobre a maternidade, esta pode ser referida como uma fase na vida da mulher que exigirá mudança a na esfera psicológica, biológica e social.

2.3 A imagem corporal durante e após a gravidez

A gravidez como já referida é para a mulher uma fase de grandes mudanças principalmente no seu corpo e na sua subjetividade. Durante o período gravídico, o corpo da mulher modifica-se como forma de permitir o crescimento e desenvolvimento de um ser dentro do seu corpo, sendo que essas mudanças acontecem de forma lenta e gradual para que o organismo da mulher se adapte às alterações necessárias.

Desde as primeiras semanas após a concepção, é observado que há várias mudanças anatómicas e fisiológicas no organismo das mulheres grávidas, sendo que algumas modificações acontecem antes das necessidades do feto, como o aumento dos seios; outras vão acontecendo a partir do desenvolvimento do feto, como o crescimento do útero e o aumento das ancas. Neste aspeto, muitas mulheres têm uma preocupação se vão conseguir retomar a sua forma física após o parto (Canavarro, 2006). Para Maldonado (1986), o medo de não conseguir retornar a forma anterior também pode representar um significado simbólico, um medo de ficar modificada como pessoa e ser transformada em outra pessoa com a experiência da maternidade.

Segundo Maldonado (1986), as alterações corporais no primeiro trimestre são ainda discretas, não havendo ainda o sentir do feto, o que poderá causar dúvidas na mãe acerca de estar ou não grávida. Colman e Colman (1994) contradiz essa ideia, pois é no primeiro trimestre, que ocorrem as manifestações corporais através dos enjoos matinais,

da fadiga, das mudanças emocionais e outras alterações hormonais e fisiológicas. Para Maldonado (1986), a ocorrência, a severidade e a persistência destes sintomas podem ser influenciados pelos fatores psicológicos e etiológicos.

No Segundo trimestre, já passado os sintomas do trimestre anterior, no qual o nível emocional está mais estável e já começam os movimentos do feto, favorecendo, assim, a alegria de estar grávida (Colman & Colman, 1994). Nesse trimestre, as transformações no corpo da mãe já são mais visíveis, pois o feto está a crescer e a causar essa realidade não somente para a mãe mas para toda as pessoas à sua volta.

Apesar da realidade da mudança corporal nas grávidas ser fisicamente semelhante em todas as mulheres, nomeadamente, o crescimento dos seios e da barriga, essa mudança poderá ser vivida e percebida de forma diferente de mulher para mulher. Algumas sentem-se atraentes e encantadoras com a barriga exuberante, representando assim, a vida e a continuidade da sua espécie, enquanto outras sentem o corpo grávido como estranho, grande ou desajeitado. É possível também que algumas mulheres sintam o bebé como um intruso e passem a rejeitar temporariamente o homem que a engravidou (Colman & Colman, 1994). Há ainda mulheres grávidas que podem sentir que não tem o controlo sobre o seu corpo, que nesta fase se modifica por si só, podendo ser um período de muitos conflitos (Canavarro, 2006). Segundo Colman e Colman (1994), uma mulher que normalmente rejeita e nega o seu corpo poderá achar a gravidez e a maternidade difíceis e conflituosas.

Apesar das grandes mudanças físicas serem vistas durante a gravidez, as no corpo da mulher também estão presentes depois da gravidez, nomeadamente logo pós o parto. Sendo as principais alterações na região abdominal, perineal e o aumento dos seios. Outras mudanças que ocorrem no pós-parto consistem numa diminuição do nível hormonal e a diminuição progressiva do tamanho do útero. Sendo que as modificações mais visíveis ocorrem durante a gravidez. Essas alterações no corpo da mulher podem acontecer de forma diferente e ser sentida de maneira diferenciada de mulher para mulher dependendo do seu organismo e da sua preparação mental para essa fase em sua vida.

2.4 O Parto: vivências físicas e psicológicas

Tendo-se situado a maternidade, faz-se necessário observarmos o parto como um momento particularmente importante dentro do processo de transição para a maternidade, sendo este um momento pelo qual a mulher vivencia toda expectativa

gerada sobre o seu bebé durante a gravidez. Neste sentido o parto simboliza uma mudança rápida de um estado para outro, em que, a mulher entra no trabalho de parto enquanto *grávida* e sai dele com uma nova identidade, a de *mãe*.

O parto é referido como um evento que pode revelar aspetos de desafios e insegurança, pelo facto de ser considerado uma fase de transição de forma irreversível, sendo uma situação que deve ser enfrentada de qualquer forma, assim como a incerteza e a falta de controlo da hora exata do trabalho de parto (Maldonado, 1986). Em sintonia com esta ideia, Lebovici (1987), considera o parto como um marco importante do processo de transição para a maternidade, sendo este momento em que a mulher grávida se depara com a realidade da experiência de ser mãe. É no momento do parto que o grito da mulher de dor ao dar à luz e o choro do seu bebé expressando sua vinda ao mundo exterior, que a realidade da maternidade tem um forte impacto na vida mulher. Para Colman e Colman (1994), o momento mais emocionante do parto é quando a mãe tem o seu bebé nos braços pela primeira vez. Para muitas mulheres, este é um momento identificado como uma mistura de emoções: segurar um ser desconhecido, mas que contraditoriamente ela o conhece intimamente durante os longos nove meses, durante os quais foi desenvolvido um laço que se concretiza com o seu nascimento. É nesse momento do primeiro encontro que a mãe demonstra todo o seu amor e dedicação por este filho tão esperado.

Kitzinger (1987), enfatiza que a experiência de dar à luz é tão marcante que, durante anos, o evento e os sentimentos experimentados durante o nascimento do bebé serão lembrados nos mínimos detalhes. Dar à luz, segundo Birksted-Breen (2000), é morrer para renascer, pois a mulher, renasce da experiência intensa, vivenciada no parto, ou seja, essa mulher que dá à luz jamais voltará a ser a mesma de antes.

O parto também é visto como um momento crítico, pelo facto de ocorrerem mudanças rápidas e abruptas. Maldonado (1986) refere-se ao parto como um momento de contraste à gravidez, período que as mudanças acontecem de forma lenta e gradual ao passo que no parto, as mudanças são intensas e rápidas, mas de vivência longa e intensa. É no parto que a simbiose-separação, entre a mãe e o bebé acontece, sendo, uma tarefa que a mulher grávida deve trabalhar durante o período gravídico, para que na hora do parto, a separação física e emocional se integrem. Considerando que, se a mulher não estabelecer mentalmente a diferenciação, ou seja, a identificação de seu filho como um indivíduo separado dela, e não uma extensão de si, isso poderá fazê-la sentir o parto, como uma separação dolorosa

Figueiredo (2000), considera o parto, um evento não apenas biológico, mas também social, cultural e psicológico, que ocorre dentro da experiência humana, como um definidor da transição, que delimita mudanças na vida da mulher e de toda a família. Em algumas sociedades o nascimento de uma criança consoma o casamento e a mulher só é considerada atingir a fase adulta depois de dar a luz (Kitzinger, 1978).

No estudo de Rautava (1989), numa amostra de 1443 grávidas, foi feita uma comparação entre o nível de conhecimento da mulher sobre o parto e o seu nível educacional. Observou-se que as grávidas com alto nível de preparação e conhecimento sobre o parto foram aquelas com maior nível educacional. Figueiredo et al. (2002), referem-se a avaliação que as mulheres fazem acerca do parto é uma experiência que depende, em parte, de alguns fatores, tais como: a idade, o tipo de parto, o suporte de figuras significativas, assim como a performance dos profissionais de saúde que acompanham a mulher nesse período.

Os profissionais nesta área têm vindo a estudar a maneira de tornar a experiência do parto mais positiva e harmoniosa, nomeadamente, com a diminuição da intensidade da dor. Neste sentido Figueiredo et al. (2002), sugerem que a informação antecipada sobre o parto e o apoio das pessoas significativas ou seja, pessoas de confiança mulher e que tenha grande relação de intimidade e afetividade, que estejam presentes no momento do parto são consideradas como mecanismos importantes para as parturientes.

Segundo Colman e Colman (1994), a mulher grávida faz uma seletividade dessas pessoas significativas para lhe prestarem ajuda no parto, nomeadamente a mãe, a irmã ou a sogra. Porém há também indicação de que a presença do marido ou de uma outra figura de suporte durante o parto tem efeitos positivos no bem-estar físico e emocional da mulher. Verificou-se que a presença do pai do bebé faz a grávida sentir-se mais segura e demonstrar menos preocupação com o estado de saúde do bebé (Figueiredo et al., 1982).

Em relação à redução da ansiedade e o mal-estar associado ao parto, no sentido de minimizar os seus efeitos adversos, foram desenvolvidos diferentes métodos de preparação para o parto e de controlo da dor, como a analgesia de parto e a prática de relaxamento, cujos efeitos têm sido positivos. Maldonado (1986), refere-se a um parto preparado “sem dor” - chamado método psicofilático (MPP) que consiste em desfazer o ciclo medo-tensão-dor associado ao parto, através de informações corretas sobre as transformações físicas da gravidez e do parto, assim como o ensino de técnicas de relaxamento. Esses procedimentos visam diminuir a intensidade da dor por meios

físicos e psicológicos, proporcionando à mulher dar à luz conscientemente e participar com lucidez na experiência do nascimento do seu bebê, sem a necessidade de recorrer a analgesia e/ou anestesia no parto.

Um estudo comparativo feito na cidade de Évora, Portugal, sobre a utilização do método psicofilático e seus benefícios, constatou que as parturientes que utilizaram este método fizeram menos uso de analgésicos durante o trabalho de parto do que as parturientes que não tiveram esta preparação (Frias & Franco, 2008). Estes autores também informam que o método psicofilático, vem sendo utilizado em diversos países, desde os anos 30. Embora, em Portugal o seu uso tenha começado nos anos 50, ainda não é muito conhecido nem muito aceito.

Alguns autores indicam que há vantagens, do ponto de vista médico e psicológico, no uso do método psicofilático. Segundo Chertok (1966, *in* Maldonado, 1986) as vantagens a nível obstétrico de usar esse método, são: a redução do tempo do trabalho de parto; a menor incidência de complicações e intervenções cirúrgicas. Do ponto de vista psicológico, há uma grande vantagem no momento expulsivo, uma vez que favorece à mulher vivenciar intensamente todas as emoções do parto sem ou com o mínimo de anestesia, já que a dor é controlada pela técnica de respiração e relaxamento muscular.

Este método tem como base nos estudos de Pavlov sobre a teoria dos reflexos condicionados, ou seja, a mulher bem informada e preparada antes do parto, poderá descondicionar o medo e produzir novos reflexos associados às contrações uterinas, que envolvem o relaxamento pela técnica da respiração (Maldonado, 1986). Segundo Lamaze (1956, *in* Maldonado, 1986) as contrações muito dolorosas são causadas pela má oxigenação do útero. O estudo de Langer (1951, *in* Maldonado, 1986) observou que as mulheres que dão à luz de forma consciente sem o uso de anestesia, têm maior probabilidade de estabelecer mais rapidamente a relação materno-filial no momento do nascimento. Da mesma forma, a depressão pós-parto que é procedente da angústia da separação física da gravidez durante o parto, poderá ser mais suave e amena nas mulheres que têm o parto natural, mais ativo e cooperante. Para Klaus et al., (1993) o período logo após o parto é um momento importante para estabelecimento da relação mãe-bebê, sendo considerado necessário, que este vínculo seja criado o mais precocemente possível.

A experiência do parto poderá ser caracterizada por ser, simultaneamente, um ponto final da gravidez e o começo da vida extrauterina de uma criança. Sendo

considerado um momento crítico, que envolve muitas mudanças significativas na vida da mulher e/ ou do casal, que inclui a história pessoal da mulher, as suas experiências passadas, a sua personalidade, o tipo de relação com o pai do bebé e o seu desejo de ter um filho (Maldonado,1986). O parto também poderá ser o momento de muita alegria pois é o momento que finalmente a mulher poderá olhar pela primeira vez para o seu bebé que ela passou meses imaginando sobre esse encontro, assim como, o momento de confronto com a realidade de ter um filho, implicando todas as tarefas e função desse papel materno.

2.5 A sexualidade na gravidez e na maternidade

Segundo a revisão da literatura a respeito da sexualidade durante a gravidez e o pós-parto, evidencia-se que há mudanças biológicas, psicológicas, relacionais e sociais, normais desses períodos, que podem influenciar conscientemente ou inconscientemente o desempenho e o desejo sexual do casal, implicando compreensão e adaptação por ambas as partes.

Estudos sobre a vivência da sexualidade na gravidez e no pós-parto indicam que a diminuição do desejo sexual está relacionada com a fadiga excessiva, fraqueza, dor durante o coito e corrimento vaginal irritativo (Sydow, 1998). Há ainda a indicação de que existem mulheres que sentem orgasmo pela primeira vez durante a gravidez. Isto pode ser ao facto da mulher ter outra perceção de si própria, podendo sentir-se uma mulher, mais adulta e mais feminina (Caplan, 1961, citado por Maldonado, 1986).

O nascimento de um filho é considerado um marco na consolidação na relação conjugal e familiar, como um projeto de um investimento emocional e de intimidade, porém que exige do casal uma maturidade e esforço na adaptação e integração deste novo papel, sendo que para alguns casais este evento pode representar uma dificuldade ou um obstáculo à relação marital pré-estabelecida, na qual só existia o projeto a dois. Para Canavarro (2006 p.32) *...a maternidade pode adquirir uma representação de perda – perda de uma determinada organização conjugal ou da sua exclusividade.*

Segundo estudos sobre este aspeto na vida do casal, o significado médico e psicológico do relacionamento sexual durante e depois da gravidez, reveste-se de grande importância e também de ambivalência. Por um lado, a atividade sexual pode consistir um fator de risco, através da penetração e do orgasmo feminino, que podem prejudicar o feto; por outro lado, pode ser considerado um fator de satisfação e bem-estar conjugal.

Alguns investigadores que estudaram sobre a questão da sexualidade durante a gravidez relatam haver uma oscilação da sexualidade durante os três trimestres de gestação. O estudo de Landis (1950, *in* Maldonado, 1986) revelou que 27% dos casais teve uma diminuição das atividades sexuais a partir do primeiro trimestre, seguidamente de 43% no segundo e 79% no último trimestre. Um estudo mais recente revela que há indicação de uma diminuição significativa ao nível do desejo sexual, assim como na frequência do coito, entre o primeiro e o terceiro trimestre de gestação, sendo que a penetração vaginal é praticada pela maioria dos casais até ao sétimo mês. Este fator pode estar relacionado com as alterações hormonais e físicas durante o primeiro e último trimestre, sendo o segundo trimestre considerado um período mais estável a nível físico e psicológico (Sydow 1998).

Segundo um estudo longitudinal, feito por Kumar et al (1981, *in* Maldonado, 1986) com 119 primíparas, sobre a atividade sexual na gravidez e até um ano após o parto, foi observado que houve uma redução da frequência de relações sexuais e uma diminuição da libido durante a gravidez, nomeadamente, no terceiro trimestre. Verificou-se também que 35% das mulheres reiniciaram as relações sexuais por volta da 6ª semana após o parto. Também se constatou que três meses depois do parto a maioria das mulheres entrevistadas já estavam a ter relações sexuais, sendo que 77% diziam ter relações com menos frequência, relativamente ao período anterior à concepção. Este dado pode ser atribuído à diminuição da libido provocada pelas alterações hormonais e/ou da preocupação da mulher com os cuidados com o bebé, que podem consumir muito do seu tempo e sua energia.

Segundo a literatura, há evidências para um declínio observado ao nível, não só da frequência sexual, mas também da frequência do orgasmo na gravidez. De acordo com o estudo de Byrd e colaboradores (1998), constatou-se que no quinto mês de gestação, homens e mulheres encontram-se moderadamente satisfeitos com a atividade sexual e um mês após do parto, a satisfação sexual torna-se baixa, aumentando progressivamente no período do puerpério.

A sexualidade da mulher depois do nascimento do bebé tem sido posta à prova e depende muito do seu estado físico e psicológico. Algumas mulheres não se permitem ter prazer sexual depois do nascimento do seu filho, pois julgam que a prioridade no momento é atender às necessidades do bebé. Segundo Colman e colman (1994), o sexo é também visto como um meio de cuidar do outro, nesse caso do companheiro. No entanto, depois do nascimento do bebé, algumas mulheres pensam somente em cuidar

do seu bebê, pois é ele nesse momento quem mais precisa de cuidados. Sendo necessário uma preparação psicológica e maturidade por parte tanto da mulher como do seu companheiro para vivenciar a chegada do terceiro elemento sem causar desarmonia na relação conjugal.

2.6 Do bebê imaginário para o bebê real

“Existir na cabeça dos pais e no corpo da mãe é estar antes de nascer, é tecer as primeiras malhas da vinculação intrauterina.”
(Leal, 2005, p. 323).

Para alguns autores, a existência do bebê não acontece no seu nascimento, mas antes da concepção, nascendo do desejo pelo filho, que está inserido no espaço psíquico e emocional dos seus pais. (Sá 2004; Leal, 2005). O projeto de ter um filho, normalmente precede o momento da concepção. Sendo assim, o bebê nasce primeiro no imaginário e fantasia parental, como um investimento narcísico, no qual, os pais projetam no bebê seu desejo subjacente da continuação de sua família, como forma de eternizar a sua história e as crenças e valores de sua família.

Stern (2006) afirma acontecer simultaneamente dois tipos de desenvolvimentos do feto: o desenvolvimento físico, no corpo grávido e a construção do bebê imaginário, desenvolvido na psique da gestante. No entanto, para este autor, o crescimento do feto no corpo da mulher e a sua representação imaginária nem sempre ocorrem paralelamente.

Normalmente, é depois do terceiro mês de gravidez que a grávida começa o processo da imaginação do seu bebê, já que é a partir desta altura que diminui o risco de aborto espontâneo (Colman e Colman, 1994; Stern, 2006), tornando-se assim, um período em que mulher sente que a gravidez está relativamente mais segura. Geralmente, é no período entre o quarto e sétimo mês quando essa representação imaginária do bebê está mais fecunda na mente da mulher grávida. Podendo haver uma inibição ou diminuição desse processo do bebê imaginário, por volta do oitavo e nono mês de gravidez. Sendo uma preparação para que o encontro com o bebê real no nascimento seja mais aceito sem haver desarmonia na relação mãe-filho. Essas representações imaginárias são fundamentais para a base da relação mãe-filho. Embora, o bebê imaginado poderá não desaparecer de imediato no encontro com o bebê real (Polanco, 2000; Stern et al, 2005).

Segundo Stern (2006), a mãe passará a ajustar o bebê imaginário ao bebê real, sendo que a mulher poderá ainda olhar para o bebê real através da perspectiva dos seus desejos e sonhos, vindo a comparar o bebê imaginário ao real. Neste sentido, a mãe poderá ter o seu bebê real nos braços e o imaginado na sua mente, sendo que muito raramente as suas características como: tamanho, cor de pele e temperamento, se integram (Stern et al, 2005; Stern, 2006). A relação imaginária mãe-bebê permite à futura mãe personificar o seu feto para o encontro com o bebê real, no seu nascimento. Esta personificação ao bebê proporcionará uma preparação para que o seu bebê não seja para ela um ser completamente estranho (Brazelton & Cramer, 1989). Geralmente, as mães atribuem características físicas e psíquica ao bebê, como forma de inclusão do bebê na família. Esse processo de personificação do feto acontece à medida que os pais escolhem o nome do bebê, compram roupas, criam espaço e modificam ou personalizam a casa para o recebimento desse novo membro da família. Com estas alterações físicas o bebê imaginado passa a ser mais real (Colman & Colman, 1994; Stern et al., 2005).

Leal (2005), identifica a existência de três bebês: (1) o bebê fantasmático – fruto da sua relação com seus pais; (2) o bebê imaginário – aquele que é fantasiado no pensamento de seus pais; (3) o bebê real – quando ele nasce e seus pais pode tocá-lo e senti-lo. Nesse sentido, Stern (2005), sugere que a mulher vivencia “três gravidezes” simultaneamente: (1) a biológica – o feto que se desenvolve dentro do seu corpo, (2) a psíquica – desenvolvida no espírito da mulher, que é incumbida da formação da ideia de mãe que esta mulher deseja ser e (3) a psicológica – onde o bebê é desenvolvido na mente da mãe (o bebê imaginado e fantasiado na mente da mãe).

Em concordância com esta ideia Colman e Colman (1994), sugerem que a gravidez também representa um período em que a mulher tem muitas fantasias sobre o seu bebê como forma de aceitação desse ser que se está a desenvolver dentro dela. Por exemplo, mulheres que gostaria de ter uma filha e sabem que estão grávidas de um menino, começam a lidar com este facto desde que sabem o sexo do seu bebê, ainda no ventre.

Stern e colaboradores (2005) dão um exemplo de uma mulher grávida que imaginava o seu filho como uma combinação de Albert Einstein e Mel Gibson. Nesse caso há indicação que essa mulher imaginava duas possíveis qualidades para seu bebê: inteligência e beleza. A forma como a gestante imagina seu bebê poderá ser um atributo prognóstico da relação mãe-filho. Por exemplo, no caso de uma mulher que só consegue imaginar seu filho como uma criança já crescida e não como um bebê, poderá indicar

que esta futura mãe não se encontra preparada para as tarefas com seu bebê recém-nascido (Caplan, 1961, *in* Maldonado, 1986).

A ecografia é um instrumento que pode aproximar o bebê imaginário do real, fornecendo assim uma vivência do bebê antes do seu nascimento. Esta ferramenta pode despertar sentimentos ambivalentes como alegria de poder vê-lo pela primeira vez e de ouvir os batimentos cardíacos do bebê, mas também preocupação ou frustração se a mãe achar que o bebê real mostrado pelo ecrã é muito diferente do seu bebê imaginado (Brazelton e Cramer, 1989; Stern, et. al., 2005). Ainda poderá ser uma questão a pensar se a ecografia poderá aumentar essas frustrações ou diminuir, já que a mãe tem a possibilidade de visualizar seu bebê antes do seu nascimento. Este instrumento poderá também ser útil para mostrar à futura mãe que o seu bebê é um ser separado do seu corpo materno. Assim, a mãe poderá preparar-se para o fim da gravidez, já que muitas mulheres se sentem muito ligadas ao seu bebê durante esse longo período dos nove meses.

Capítulo 3: A primiparidade tardia

Em relação aos significados das terminologias atribuídas neste trabalho, no que se refere ao número de parto, a sua classificação pode ser apresentada da seguinte forma: nuliparidade - a mulher que nunca pariu; primiparidade - ato de parir o primeiro filho e a multiparidade – o ato de parir mais de um filho.

O Conselho da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia – FIGO, em 1988 definiu a primiparidade tardia como aquela que ocorre a partir dos 35 anos de idade, sendo percebido como um fenómeno que ocorre em várias partes do mundo (Schupp, 2006; Andrade et al., 2004 & Carrilho & Patrício, 2008). Antes disso, já em 1950, Waters e Wagner criaram o termo “primigesta idosa”, um termo médico que foi aplicado às mulheres que se tornaram mães pela primeira vez com idade igual ou superior a 35 anos, sendo considerada uma gravidez de risco obstétrico devido à idade da mulher (Schupp, 2006).

Segundo dados médicos, a maternidade é considerada tardia devido à diminuição das células sexuais na mulher, ou seja quando há um declínio em sua fertilidade, (Versellini et al., 1992; Gusmão et al., 2003; Gomes et al., 2008). Sendo que a gravidez após os 35 anos é denominada tardia (Silva & Surita, 2009; Prysak et al., 1995; Hansen, 1986). No entanto, há outros autores que consideram a gravidez tardia a partir dos 40 anos (Versellini et al., 1992; Kirz et al., 1985). Atualmente, a gravidez acima de 45 anos é chamada de “maternidade em idade muito avançada” (Callaway et al., 2005). Tendo em consideração que a literatura médica declara que os primeiros sinais da diminuição das células reprodutivas podem acontecer a partir dos 30 anos idade.

A primiparidade tardia é referida como um tema ainda pouco estudado, tendo sido observado e investigado que nas últimas décadas a evolução sociocultural tem feito uma profunda alteração em relação à maternidade na população atual, onde há indícios de que as mulheres têm adiado a maternidade para idades mais avançadas (Parada & Tonete, 2009; Bastos & Faria, 2003). Este aspeto é constatado, principalmente nos países considerados desenvolvidos ou países industrializados (Carolan & Frankowska, 2010; Blickstein, 2003; Adashek et al., 1993). No entanto, foi também observado um aumento do número de casos de maternidade tardia em países em desenvolvimento, sendo a sua prevalência mais elevada, sobretudo, no grupo de mulheres com mais alto nível educacional e de maior recurso financeiro (Yánes, 2007; Chan & Lao, 2008).

Os dados das investigações, a nível mundial, sobre a maternidade tardia apontam para uma proporção de 2% a 5% das mulheres que têm filhos acima dos 40 anos (Schupp, 2006). Em países considerados desenvolvidos, como os Estados Unidos, evidencia-se que a cada cinco mulheres uma tem o seu primeiro filho após os 35 anos de idade (Nunes, 2013). Um estudo feito por Carolan e Frankowska (2010), aponta que no período decorrido entre 2005 e 2008, do total de nascimento em países como os Estados Unidos (EUA), Reino Unido (UK), Austrália e Japão, foi evidenciado um aumento no número de mulheres que tiveram filhos com idade avançada. Sendo que no grupo de mulheres com idade entre 35 e os 39 anos as percentagens foram de: EUA (11,7%), UK (17%); Japão (18,4%) e na Austrália (21,4%). Já na faixa etária dos 40 aos 44 anos, a taxa do total de nascimentos respetivamente nos mesmos países e no mesmo período, foi de: EUA (2,5%), UK (3,2%); Japão (2,6%) e na Austrália (3,4%).

Em Portugal também é observado um aumento da taxa de gravidez em mulheres com idade avançada, que passou de 5%, nos anos setenta, para 16,3% nos dias atuais (Nunes, 2013). Segundo Duarte (2011), verificou-se que em Portugal houve um aumento do número de gravidezes após os 35 anos de idade, sendo um processo gradual devido a alguns fatores socioeconómicos. Conforme os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), há um acréscimo gradual da idade média das mães que tiveram o seu primeiro filho entre 1960 e 2010; sendo uma diferença de 3,9%. Adicionalmente, o número de parturientes com idades entre 35 e 39 anos, em 2003 passou de 13,9% do total de nascimentos, para 18,0% em 2010 (INE, 2012).

Em conformidade com os dados, um estudo feito no Hospital de São Teotónio de Viseu – Portugal, observou-se que durante os anos de 1994 a 1998, foi registado 9,7% do total de nados-vivos de mães com idade igual ou superior a 35 anos (Bastos & Faria, 2003). Esses dados em relação à maternidade tardia nessa população foram atribuídos às alterações socioculturais dos últimos anos, ou seja a busca por parte da mulher pelo profissionalismo, assim como a facilidade de acesso aos meios de diagnóstico e tratamento da infertilidade (Bastos & Faria, 2003).

Em países em desenvolvimento como o Brasil¹, também foi observado um acréscimo de 27% entre os anos de 1991 e 2000 de mulheres com 40 anos ou mais que tiveram a experiência da maternidade tardia. Sendo que as primíparas tardias com idade entre 40 e 49 anos estão no grupo de mulheres com alto nível de escolaridade (Oliveira,

¹ Parte da população do presente estudo é oriunda deste país.

Galdino, Cunha, & Paulino, 2011). Segundo o IBG (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010), a percentagem dos nascimentos em mulheres com idade acima dos 35 anos, foi de: 8,3% para a faixa etária dos 35 aos 39 anos; 2,1% para o grupo de 40 aos 44 anos e para as mulheres com mais de 45 anos teve um percentual de 0,2% do total de todos os nascimentos no país.

Este fenómeno demográfico pode ser atribuído a diversos fatores resultantes da alteração do papel da mulher na sociedade nos dias atuais, nomeadamente, a prioridade aos estudos e a carreira profissional. Outro fator importante resulta dos avanços da medicina que tem proporcionado à mulher o adiamento da maternidade, principalmente nos países mais desenvolvidos.

3.1 Significado da gravidez e maternidade tardia

O conceito da gravidez e da maternidade tardia está condicionado a múltiplos fatores, que se relacionam, como o biológico, psicológico, financeiro, social e cultural, assim como, a variedade e acessibilidade de métodos contraceptivos, o avanço das técnicas de fertilização artificial, as melhores condições físicas da mulher (Tarin, Brines & Cano, 1998; Zavaschi et al., 1999) e consequentemente a sua longevidade (Schupp, 2006)

Outra causa atualmente associada à gravidez e à maternidade tardia é o adiamento do matrimónio. Há evidências da mudança no estilo de vida na mulher contemporânea no que se refere à prioridade na constituição de família. Tendo em consideração que no passado era comum ver mulheres nos seus 20 anos já casadas e com filhos, nos tempos atuais, numa visão geral, as mulheres passaram a pensar na construção da família por volta dos 30 anos de idade. Os estudos sobre este assunto apontam que um grande número de mulheres, nos dias de hoje, só começa a planear ter filhos depois dos 35 anos de idade, um facto que parece ser consequência da prioridade dada à estabilidade da carreira profissional e à independência financeira (Blickstein, 2003; Andrade *et al.*, 2004; Oliveira, et al., 2011). Neste sentido, alguns autores (Postmontier, 2002; Blickstein, 2003; Oboro & Dare, 2006; Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007; Lima, 2010) afirmam que a mulher moderna está mais voltada para uma satisfação da vida pessoal e profissional que em tempos passados lhe era negado. Porém apesar de a mulher nos tempos atuais estar voltada para esse “direito” de ser reconhecida e ter espaço na sociedade para exercer uma profissão, há também, na maioria das mulheres o desejo de se tornar mãe.

Como já referido no capítulo anterior, na sociedade ocidental vemos que a mulher é mais independente e livre para fazer a sua escolha em relação a ter ou não ter filhos, quando ter ou ainda mesmo como tê-los. Sendo que, no tempo presente, há inúmeras possibilidades de a mulher se tornar mãe mesmo sem participação direta ou ativa do homem. Isso também tem contribuído para o adiamento da maternidade, já que elas são livres para fazer a opção pela maternidade por si mesmas, sem a interferência do parceiro. Outra questão relacionada com este aspeto é a independência financeira para assumir a maternidade, ou até mesmo para a “compra” de células reprodutoras e o tratamento de fertilização artificial. Esse pensamento confirma o que Travassos-Rodriguez e Féres-Carneiro (2013) dizem sobre a tendência ao individualismo nos tempos atuais, sendo considerado pelas mulheres como uma dificuldade a vida a dois e, mais ainda, a três.

Outro aspeto da maternidade tardia está associado ao profissionalismo das mulheres, deste modo, elas têm-se tornado mais seguras de si mesmas e mais independentes no nível financeiro e emocional, podendo tomar decisões por elas próprias sem depender diretamente do companheiro. Se no passado a mulher estava sujeita ao casamento e à procriação para ser reconhecida na sociedade, nos tempos atuais, a mulher moderna busca, para além do reconhecimento pela maternidade, valorizar outras dimensões para obter o reconhecimento pessoal e profissional.

O estudo de Dion (1995) revela que as mulheres que tiveram filhos com mais idade, completaram os seus estudos, tinham um foco em construir uma carreira profissional e também procuraram uma preparação para serem mães, assim como desenvolveram uma relação estável e segura com o companheiro antes da gravidez. Portanto, nas mulheres com mais idade é mais comum existir uma tendência de preparação para a maternidade.

Segundo a revisão da literatura, a gravidez na faixa etária da mulher entre os 40 e 45 anos está cada vez mais em evidência, sendo uma preocupação dos profissionais de saúde (Cecatti et al, 1998; Schupp, 2006). Este fenómeno da maternidade tardia é um acontecimento que vem ocorrendo a nível mundial, sendo observado um grande número de primíparas acima dos 35 anos (Hansen, 1986), porém a maior parte da maternidade tardia ainda está entre as multíparas (Parada & Tonete, 2009), fator que está relacionado com o alto índice de divórcio, vindo acontecer a gravidez tardia no segundo ou terceiro casamento (Blickstein, 2003). Langer (1986), refere-se à maternidade tardia como um acontecimento predominante deste último século, devido à conquista da liberdade social

e sexual da mulher. A decisão da mulher de ter filhos em idade tardia, significa para ela uma experiência cheia de sentimentos ambivalentes, como: sentimentos de satisfação, superação e realização pessoal e familiar.

Segundo Schupp (2006), a experiência da gravidez tardia também está relacionada com a expectativa de vida da mulher, que nos tempos atuais pode atingir a idade por volta dos 90 anos. Atualmente, o adiamento da maternidade alargou-se para a faixa etária acima dos 35 anos para a primeira gravidez. Para a medicina, a gravidez tardia é considerada uma gravidez de risco, por estar associada a complicações tanto para a mulher como para o bebê. Na mulher, os problemas mais frequentes são: obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia e miomas. Para o bebê, podem surgir problemas como: anormalidades cromossômicas, abortos e baixo peso ao nascer (Schupp, 2006; Andrade et al., 2004). Para Schupp (2006), a partir dos 35 anos de idade há um maior risco de fatalidades para a gravidez, que aumenta consideravelmente após os 40 anos de idade e assim sucessivamente.

Apesar de a gravidez tardia ser considerada de risco, alguns autores sugerem que os riscos maternos de uma gravidez em idade avançada podem também estar associados, a problemas preexistentes, que prejudicam a avaliação de riscos associados com a idade materna isoladamente, porém, são destacados alguns problemas de saúde mais comuns devido ao avanço da idade, como: diabetes, hipertensão, problemas cardiovasculares, doença renal e fibrose uterina (DeVore, 1983; Bianco, et al. 1996).

Para De Vore (1983), a maternidade após os 35 anos tem aspectos positivos, como uma vantagem psicológica. Isto, porque as mulheres mais velhas tendem a estar mais preparadas para cuidar de uma criança por se sentirem melhores consigo mesmas, serem mais tolerantes, aceitarem melhor a criança como um indivíduo e por terem melhores condições para o desenvolvimento de suas potencialidades como mães, assim como terem melhores condições socioeconômicas. Em concordância com essa ideia, Postmontier (2002), também apontou algumas vantagens no adiar da maternidade, tais como: a estabilidade financeira e a maior maturidade, vindo a ter menos conflitos emocionais e conseqüentemente fornecer uma melhor qualidade à maternidade, assim como uma gravidez mais planeada, mais desejada e mais concordante com o parceiro.

O estudo de Winslow (1987) que investigou mulheres primíparas em diferentes idades concluiu que as mulheres mais velhas revelaram estar mais preparadas e organizadas para ser mães, sendo considerado por elas “o momento certo”. Este estudo faz-nos pensar que a idade avançada nas mulheres é um atributo positivo na experiência

da maternidade. Embora, haja relatos de desvantagens, principalmente a nível físico, em que muitas mulheres reclamam da falta de energia e do cansaço acentuado com o envelhecer do corpo.

Ainda no que diz respeito às vantagens na maternidade tardia, um estudo longitudinal feito por Stcliffe e colaboradores (2012), realizado no Reino Unido, revela que há aspetos positivos não somente para as mães, mas também para as crianças nascidas de mulheres com mais idade. Este estudo, que envolveu crianças de 9 meses a cinco anos de idade, filhos de mães na faixa etária dos 20 aos 40 anos, encontrou melhores índices de saúde e desenvolvimento nos primeiros cinco anos de vida em crianças nascidas de mulheres mais velhas comparadas com as mais jovens. Foram evidenciados alguns aspetos positivos, tais como: (1) as crianças nascidas de mulheres mais velhas apresentaram menor risco de lesões, comparadas com as crianças de mães mais jovens; (2) os filhos das mães com mais idade apresentaram melhores níveis de desenvolvimento de linguagem e (3) os filhos de mães com 40 anos de idade apresentaram menos dificuldades emocionais do que os filhos de mães mais jovens.

Esses dados podem ser atribuídos ao facto das mães mais velhas terem uma tendência para se preocuparem mais com uma preparação a diversos níveis (físicos, psicológicos, emocionais, relacionais, sociais e financeiros) que podem ser um bom indicador para que essas mulheres tenham filhos mais saudáveis e com mais capacidades de desenvolvimento.

No entanto, literatura sobre este tema também encontrou algumas desvantagens relatadas pelas mulheres primíparas em idade avançada, tais como: dificuldades encontradas no momento da gravidez e puerpério, sendo uma etapa nova, que exige reorganização das suas vidas; assim como o medo de envelhecer e ter pouco tempo de vida para estar com os seus filhos. Neste sentido, Reece (1993), indica duas grandes desvantagens para mães tardias: (1) a ausência ou dificuldade de estabelecer uma rede social funcional, (2) autossatisfação insuficiente com o novo papel, comparado a outros aspetos já consolidados nas suas vidas.

Segundo Stark (1995), uma grávida mais velha, pode sentir a transição para a maternidade, como mais difícil, pelo facto de ter que alterar um estilo de vida que ela trabalhou anos para estabelecer. Outro fator agravante na mulher com idade avançada é não poder contar com um apoio ativo por parte de sua mãe, por conta de sua idade muito avançada ou outras até, por sua mãe já ter falecido. Algumas mulheres podem até enfrentar a dificuldade de serem elas as cuidadoras da sua mãe idosa. Estes aspetos da

idade podem intensificar as suas preocupações com seu novo papel, uma vez que não há apoio materno num momento importante e tão vulnerável da mulher, que exige muito apoio dos seus familiares, sendo que a mãe é um membro familiar de grande importância nesta etapa de vida da mulher. Portanto, a primiparidade tardia pode ser considerada também como um momento de ambivalência de sentimentos, ou seja, um momento de alegria mas também de grande ansiedade, que para além do aspeto da primiparidade, traz o desafio de uma nova fase em que os fatores da maternidade poderão vir a ser ainda mais intensos devido às questões relacionadas com a idade avançada (Travassos-Rodrigo & Féres-Carneiro, 2013).

3.2 Adaptação da mulher à gravidez e maternidade tardia

A gravidez e a maternidade constituem um desafio à adaptação na vida da mulher quer do ponto de vista físico quer do ponto de vista psicossocial (Tedesco et al., 1997). Associado a isso, ocorre o fator idade avançada, que intensifica a vivência de tornar-se mãe tardiamente, que exige da mulher muita maturidade e preparação para enfrentar essa nova etapa da sua vida. Sendo evidente que a idade materna é um fator ainda polémico e muito discutido na sociedade moderna, seja em qualquer um dos polos: a gravidez na adolescência ou a gravidez em idade avançada.

O estudo de Randell (1993), que envolveu grávidas de diferentes idades, constatou que houve maior resistência a mudanças e problemas de adaptação à maternidade no grupo de mulheres com mais de 35 anos de idade. Isso pode ser atribuído ao facto de que as mulheres mais velhas parecem ter as suas vidas mais organizadas, e muitas delas estão acostumadas a uma rotina de vida mais independente e longe das tarefas domésticas, o que poderá implicar para essas mulheres sentirem-se enclausuradas ou “presas” às tarefas exigidas pela maternidade.

No mesmo sentido, o estudo de Shelton e Johnson (2006) encontrou no grupo de mulheres com idade avançada, sentimentos de isolamento e de perda da sua própria liberdade e autonomia. Neste último estudo foram constatados sentimentos ambivalentes nas participantes em relação à maternidade tardia, a saber: sentimentos de raiva, perda, depressão, tristeza, conflito e submissão à maternidade; assim como a maternidade tardia como experiência de descobertas, de aspetos da personalidade e de crescimento pessoal. No entanto, os estudos de Gottesman (1992) e Robinson, Garner, Gare e Crawford, (1987) encontram resultados diferentes ao de Randel (1993). Nesse sentido, os estudos demonstraram que as mulheres mais jovens em comparação com as

mais velhas apresentaram mais dificuldades em relação a adaptação à maternidade. Este resultado com as mães mais novas pode estar relacionado com os seus anseios de querer ainda continuar a estudar, viajar ou por não se sentirem preparadas emocionalmente nem financeiramente para assumirem a maternidade, sendo aspetos opostos ao grupo das mulheres mais velhas.

Para Harker e Thorpe (1992), os fatores biológicos e psicológicos são importantes indicadores que poderão determinar o seguimento da gravidez e consequentemente a adaptação à maternidade em mulheres de qualquer idade. Entretanto, é necessário haver mais ponderação no grupo de mulheres grávidas com idades avançadas, isto porque são consideradas como um grupo de gravidez de risco, como já referido anteriormente.

Segundo Tedesco e colaboradores (1997), essa definição de gravidez de risco poderá trazer para a mulher grávida, preocupações e ansiedades, assim como, poderá fazer com que esta se sinta diferente ou sinta que está numa condição diferenciada de outras mulheres grávidas, vindo a provocar alguns problemas psicológicos e emocionais, ainda que ela esteja nas mesmas condições físicas, psicológicas e sociais de uma grávida jovem.

Segundo a revisão da literatura sobre este assunto, evidencia-se que a ansiedade, o *stress* e a depressão são perturbações psicológicas que podem ocorrer na vida de uma mulher que está a tornar-se mãe e que poderá exigir desta um grande esforço de adaptação a essa função. Porém, na mulher com idade mais avançada, essa sintomatologia poderá ser mais intensa ou mais comum pelo facto de alguns aspetos, como é o caso do medo de envelhecer e o de morrer, estarem relacionados com a idade, e ser vistos mais presentes neste grupo do que nas mulheres mais jovens.

No estudo de Mercer (1986), que investigou mães de idades entre 15 e os 42 anos de idade que tiveram filhos pela primeira vez, constatou-se que as mulheres mais velhas se sentiram mais isoladas e tiveram maior índice de depressão após o parto. Foi também observado que a maior parte das mulheres em idade avançada só conseguiu realizar o desejo de ser mãe através de tratamentos de fertilização. Para Golombok (1992), o nível de ansiedade e *stress* é mais alto no grupo de mulheres mais velhas. Isso deve ser atribuído à pressão sentida pela mulher para engravidar e à problemática biológica da diminuição da fertilidade feminina com o aumentar da idade.

Na sociedade contemporânea observa-se que o comportamento feminino nos tempos atuais tem sido alterado, pelo que se evidencia que a mulher está mais propensa

a ter filhos fora da faixa etária considerada pela medicina como ideal para uma gravidez. Com isto vem surgindo, para além da preocupação com o risco da gravidez tardia, o risco da infertilidade, que tem sido visto como um acontecimento com maior número de casos nos últimos anos.

Segundo dados da OMS (Organização Mundial de Saúde), estima-se que a infertilidade conjugal na população mundial está em torno de 10% a 15% dos casais em idade fértil e havendo a propensão para que esta taxa venha a aumentar ainda mais (Programa Nacional de Saúde Reprodutiva/Lisboa, 2008). Sendo considerado que a idade da mãe é uma das causas mais comuns para a infertilidade feminina. Certamente, que o facto de adiar a maternidade e o ritmo acelerado do trabalho da mulher nos tempos atuais, que envolve alta exigência, provocando-lhe muito *stress* podem dificultar consideravelmente a realização do sonho de ser mãe.

Um dos aspetos mais evidenciados na revisão da literatura sobre a adaptação à gravidez e à maternidade tardia, foi a dificuldade em conciliar a carreira e a função de mãe. Sendo que ao ingressar no mercado de trabalho, a mulher passa a conviver com as ambivalências dos múltiplos papéis que desempenha, tornando para a mulher a experiência da maternidade difícil, tanto no nível físico como também emocional, uma vez que durante a gravidez muitas mulheres lidam com os aspetos modificadores no seu corpo e após a gravidez os cuidados da maternidade poderão influenciar as suas atividades diárias, bem como a afastamento de sua carreira profissional, pelo menos temporariamente.

É evidente que as mulheres sempre trabalharam, porém a visibilidade do trabalho feminino fora de casa deve-se às mudanças na sociedade, ao aumento do número de mulheres a profissionalizarem-se e a conquista de espaço no mercado de trabalho, havendo hoje uma taxa elevada de mulheres com acesso a funções de chefia, a profissões de prestígio, assim como a cargos políticos e em instituições financeiras e bancárias, ou até mesmo no grupo de mulheres mais pobres tem-se revelado de grande ajuda na economia familiar (Barbosa e Rocha-Coutinho, 2007; Hewlett (2008).

Nessa conquista da mulher moderna na ascensão no mercado de trabalho vê-se que há um conflito entre a escolha pela maternidade e a carreira profissional. Segundo o estudo de Mansur (2003), que envolveu mulheres entre 40 e 50 anos com e sem filhos, foi observado que as mães que optaram por conciliar a maternidade e o trabalho vivenciaram conflitos em estabelecer um equilíbrio entre as duas funções. A investigação de Hewlett (2002), também encontrou dados semelhantes no que diz

respeito às mulheres que optaram pela carreira profissional e adiaram a maternidade, tendo como seu apoio na realização do desejo de ser mãe mais tarde, o progresso da medicina onde o avanço de inúmeras técnicas de fertilização lhes possibilitam ter filhos mais tarde.

O estudo de Heilman e Okimoto (2008) corrobora os dados dos estudos anteriores. Neste estudo foi feita uma comparação entre homens e mulheres estudantes de MBA (*Master Business Administration*), com filhos e sem filhos, que já estavam ativamente no mercado de trabalho. Os resultados do estudo revelaram que tanto a paternidade quanto a maternidade têm impacto negativo, porém para a mãe tem um impacto negativo ainda maior, sendo que o papel materno pode impedir o progresso ou a continuação da carreira.

Nos estudos sobre a maternidade e o profissionalismo na vida da mulher, é evidenciado que com a chegada do bebê a mulher tem a tendência a trabalhar menos, muitas dão preferência a trabalhar meio período, outras evitam realizar horas extras, levar trabalho para casa ou fazer viagens de negócios, para que tenham mais tempo para os filhos. Essas alterações poderão afetar diretamente o desempenho do seu trabalho, principalmente para as mulheres com cargos mais altos em que o fluxo de trabalho é de grande exigência. É também observado que algumas dessas mulheres tomam a decisão de não usufruir da licença de maternidade ou sofrem quando voltam ao trabalho, sentem-se culpadas por terem que entregar o seu filho ainda muito pequeno nas mãos de outros cuidadores, como as creches ou amas. Porém, há outras que decidem abdicar da carreira em prol da maternidade, pelo menos, até seus filhos irem para à escola. Por desejarem ser elas mesmas a cuidar de seus filhos e por não precisarem financeiramente, de regressar ao trabalho. Para essas mulheres o trabalho e carreira profissional passa a estar em segundos planos (Brown, 2010; Rocha-Coutinho & Rocha-Coutinho, 2011).

Apesar estudos supracitados referir que as mulheres sentem-se dificuldade pelo regresso ao trabalho, o estudo de Hock e DeMeis (1990) encontrou aspetos positivos em relação às mulheres que voltaram ao trabalho depois da licença de maternidade. Esses autores investigaram os fatores psicológicos que medeiam entre o trabalho, a maternidade e a saúde mental após o nascimento do bebê. Foi revelado que a opção da mulher de ficar em casa, não foi considerada a escolha mais saudável. Já as participantes que deram preferência em ficar em casa, apresentaram índices mais altos de sintomas depressivos comparadas às que voltaram ao trabalho.

Em sintonia com os estudos acima citados, os estudos de Hock e Schirtzinger (1992) e o mais recente de Robin (2009), usando os mesmos instrumentos, investigaram sobre a ansiedade na separação materna. Foram usados dois grupos de mães trabalhadoras: um em que as mulheres trabalhavam em tempo integral e outro em que optaram por trabalhar em tempo parcial. O objetivo foi analisar os motivos da escolha e a eficácia das estratégias de conciliação da maternidade e o tempo de trabalho. Os resultados revelaram haver significância do nível de ansiedade entre a separação materna e os desejos relativos à duração do tempo de trabalho para as mulheres, sendo que as mães que desejavam manter o mesmo tempo de trabalho revelaram níveis mais baixos de ansiedade de separação do que aquelas que desejavam reduzir esse tempo ou deixar de trabalhar. Este resultado pode ser atribuído ao facto de que as mulheres que desejam continuar com as suas carreiras sentem-se resolvidas para assumirem a maternidade sem culpa e tendo confiança na rede de apoio (como creches, infantários e profissionais especializados em cuidar de crianças), que hoje em dia é altamente ampliada e sofisticada. Segundo o estudo de Rapoport e Piccinini (2006) pode observar-se que há vantagens tanto para a mãe como para o bebé, que utiliza a rede de apoio. Por um lado, as mães podem continuar a desenvolver as suas atividades normais que faziam antes da chegada do bebé, assim como o bebé tem o benefício de ter mais contato com outras pessoas favorecendo a socialização e o contato afetivo com outras pessoas fora do seu ambiente familiar.

Portanto, a revisão da literatura destaca algumas dificuldades mas também vantagens encontradas pela mulher em relação a experiência da gravidez e da maternidade tardia. Em relação as dificuldades destaca-se nomeadamente, a conciliação da sua carreira profissional e a sua tarefa materna. Apesar de que, a função de ser mãe poderá ser vista como uma tarefa de desafio para qualquer mulher em qualquer idade. Sendo considerado como vantagens em ser mãe tardiamente: a experiência de vida, a solidificação de uma carreira e a estabilidade emocional e financeira.

Parte II Estudo Empírico

Capítulo 4: Metodologia

4.1 Objetivos

Este trabalho tem como objetivo principal investigar as experiências da primeira gravidez em mulheres com idade considerada tardia. A partir do objetivo geral, foram elaborados três objetivos específicos: (1) compreender o significado de ser mãe; (2) investigar os aspetos da primiparidade e da idade tardia sentidos pela mulher e (3) analisar os fatores do adiamento da maternidade nessas mulheres.

4.2 Desenho de Investigação

Neste presente estudo, a abordagem metodológica qualitativa de natureza fenomenológica foi considerada a mais adequada, por dispor de estratégias que permitem alcançar e compreender a realidade subjetiva e o significado individual das experiências vividas pelas pessoas envolvidas no processo do objeto de estudo, tendo em vista resultados não generalizáveis por enumeração ou frequências, mas por uma interpretação analítica do fenómeno investigado, através do uso dos recursos de narrativas e de entrevistas de aprofundamento.

Segundo Groenewald (2004), o método de investigação deve ser escolhido, ajustado e desenvolvido conforme a natureza do fenómeno em estudo, sendo que é o fenómeno que determina o método, assim como as características dos participantes. Neste estudo, foi utilizado o método fenomenológico tanto para a recolha como para a análise dos dados, o qual permite estudar a vivência e o comportamento humano, com o objetivo de descobrir factos e causas, visando a compreensão interpretativa de suas experiências (Giorgi, 2006; Lundgren & Wahlberg, 1999; Lester, 1999). Para Englander (2012), na investigação fenomenológica ambos os processos, tanto o de recolha como o de análise de dados, devem ser metodologicamente processados pela mesma perspetiva, com o intuito de obter o rigor de qualidade científica. Sendo o investigador aqui um “recolhedor da experiência” que não está à procura de explicações, mas está atento aos factos significantes vividos e expressos pelas participantes (Amatuzzi, 2007).

O método fenomenológico em psicologia procura relacionar *como* os dados são representados à consciência e não propriamente o que eles *são ou qual a sua realidade*,

mas *como* eles são *sentidos* por cada pessoa em particular (Giorgi & Souza, 2010). A fenomenologia é um método de investigação intuitivo e descritivo tanto da parte da descrição concreta das experiências vividas e narradas pelos participantes como do processo de análise dessas experiências através de interpretação da essência psicológica do fenómeno (Giorgi & Giorgi, 2008).

A investigação de natureza fenomenológica tem os seus pressupostos com base na ciência da filosofia, sendo um grande contributo à psicologia. Tendo como objetivo investigar as experiências únicas e individuais tais como elas são sentidas e descritas (Groenewald, 2004). É direcionada para a descoberta e não para confirmar hipóteses ou testar teorias.

Portanto, o método fenomenológico permite uma descrição exaustiva do fenómeno de uma experiência quotidiana, com a intenção da compreensão de sua essência. Para isto, o uso da redução fenomenológica, assinalada por Husserl é necessária para a investigação puramente do fenómeno livre dos elementos pessoais e culturais, assim como a abstração de quaisquer pressupostos, conhecimentos ou crenças sobre o fenómeno em estudo (Giorgi, 2000).

4.3 Participantes

Com base nos objetivos desta investigação, os critérios de seleção da amostra da população alvo centram-se na temática principal sobre a “primiparidade tardia”.

As participantes constituem uma amostra de 3 mulheres primíparas com as seguintes características: a) tiveram o seu primeiro filho com idade acima dos 40 anos; b) mães de filhos com idades de 3 anos; c) todas estavam a viver com o pai da criança na época do nascimento do bebé; d) de nacionalidade portuguesa e brasileira; e) todas estavam a trabalhar quando engravidaram; g) todas têm escolaridade de nível superior. Mais detalhes são fornecidos no quadro das participantes (**anexo 1**). O contacto com as participantes foi feito através da rede social como, facebook e websites especializados sobre gravidez e maternidade, tais como: doulas de Portugal, grávidas em forma e Gama: Maternidade ativa (Brasil).

Por motivo de preservar o anonimato das participantes nesse estudo, elas são identificadas por M1, M2 e M3.

4.4 Instrumentos

Neste estudo foram utilizados dois processos para a recolha dos dados. Primeiramente, foi solicitado às participantes que elaborassem uma narrativa escrita de suas experiências sobre o tema do estudo; de acordo com a natureza fenomenológica do método, não houve nenhuma estrutura pré-definida para a recolha dos dados, apenas foi sugerida uma orientação e algumas perguntas abertas para facilitar a realização dessa tarefa (**anexo 2**). As participantes tiveram a liberdade e livre escolha de fazer as suas declarações e descrições da maneira que se sentissem mais confortáveis, podendo escrever livremente, o máximo que pudessem e quisessem, sobre os seus sentimentos e as suas vivências da experiência da primiparidade tardia. O segundo instrumento foi uma entrevista de aprofundamento, com o objetivo exploratório e esclarecedor dos aspetos poucos clarificados e subjacentes ao tema que algumas participantes tiveram dificuldades em escrever. As entrevistas foram feitas através de Skype ou correio eletrónico por causa da impossibilidade do contacto pessoal devido à distância.

4.5 Procedimentos de recolha e análise de dados

Para contactar a população alvo, foi feito um anúncio pela internet nos *websites* supracitados. Essa comunicação foi constituída da seguinte mensagem: *Estou a realizar uma investigação para a conclusão de meu Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, cujo tema é: as experiências na maternidade em primíparas tardias. Para isso, preciso contactar mulheres que tiveram sua primeira gravidez em idade igual ou superior a 35 anos e atualmente seu filho tenha a idade entre 0 – 3 anos. Será pedida uma narrativa por escrito das experiências vivenciadas na gravidez e na maternidade. Para as mulheres que estão nesse perfil e que gostariam voluntariamente de participar, favor enviar seu contacto através do correio eletrónico: elianaflorupsi@gmail.com, para que possam ser fornecidos mais detalhes de como fazer suas narrativas. Será garantido total sigilo da sua identificação, tendo em conta que o material partilhado será de uso exclusivo para a investigação científica.*

Desse anúncio surgiram 20 contactos, sendo que apenas 15 mulheres estavam dentro do perfil exigido pela investigação. Foram dadas respostas a todas as mulheres que escreveram, oferecendo-lhes um feedback e um agradecimento pelo contacto. Em seguida, foi enviada por correio eletrónico, informação relativa aos objetivos e aos procedimentos da investigação, assim como um documento garantindo-lhes a

confidencialidade e o anonimato através do Termo de Consentimento Informado (**anexo 3**).

Após analisar o material obtido e tendo em conta o objetivo da investigação e a escolha do método para a análise dos dados, foram escolhidos apenas 3 participantes, para que os dados recolhidos fossem tratados com maior profundidade e atenção. Os critérios utilizados para seleção destas 3 participantes foram: (1) as participantes que estavam mais disponíveis para responder as questões de aprofundamento; (2) as que forneceram mais dados sobre o fenómeno em estudo e (3) as que tinham mais idade.

A recolha dos dados ocorreu durante o período de Janeiro a Maio de 2014, da seguinte forma: as participantes enviaram via correio eletrónico as suas narrativas. Seguidamente, foi feita uma leitura detalhada das narrativas, anotando os aspetos que precisavam de esclarecimento ou mais informação. Em seguida, as participantes foram contactadas, uma a uma, para uma entrevista de aprofundamento desses aspetos importantes ou de grande relevância para o estudo. As respostas a essas questões de aprofundamento foram enviadas pelas participantes via correio eletrónico ou via Skype, através de trocas de mensagens.

Segundo Amatuzzi (2007), quando se solicita aos participantes o fornecimento de suas vivências pessoais, o investigador deve estar atento às frases dos participantes que dizem algo extremamente essencial acerca do fenómeno em estudo, mas que os participantes não conseguem expressar de maneira detalhada, assim o investigador deve ser um facilitador para a recolha dessas informações. Após as entrevistas de aprofundamento, foi feita uma reflexão sobre o material fornecido, a partir da narrativa das vivências de cada participante e escolhido o método fenomenológico do psicólogo americano Amadeo Giorgi, desenvolvido em 1970, a partir do conceito de interpretação do filósofo Husserl e adaptado aos conhecimentos científicos da psicologia (Giorgi & Giorgi, 2008). Este método é constituído por quatro fases (Giorgi, 1997, Giorgi & Giorgi, 2003; Giorgi & Giorgi, 2008; Giorgi & Souza, 2010):

1) Leitura da descrição do relato dos participantes na sua integridade, para obter a compreensão do todo, tendo em conta que a abordagem fenomenológica tem um carácter holístico. Deve ser considerado que todas as fases do método têm como foco o sentido da descrição oferecida pelos participantes.

2) A descrição do relato do participante é repartida em unidades de significado (situações, eventos ou sentimentos relacionados diretamente com o fenómeno em estudo), numa perspetiva psicológica, considerando que na abordagem fenomenológica

há um componente arbitrário na constituição das unidades, podendo diferentes investigadores assinalar diferentes unidades, isso por se tratar de um processo com grande grau de subjetividade, sem nenhuma regra específica, em que se usa a *variação livre imaginativa* (o método usado pelos fenomenólogos de variar os aspetos acidentais e as contingências, como forma de obter a essência do fenómeno). As unidades de significado foram retiradas das narrativas construídas pelas participantes. Os nomes próprios das pessoas referidas nas mesmas, como o nome de seus filhos, do médico ou da doula²², foram substituídos por um X, de modo a assegurar a confidencialidade dos dados. Todas as unidades de significado estão no **anexo 4**

3) Transformação das unidades de significado em linguagem psicológica referente ao fenómeno em estudo, isso permite o refinamento progressivo do sentido da descrição original. Essa transformação permite tornar explícitas as vivências subjacentes do fenómeno em estudo, nomeadamente em relação ao significado psicológico, mas que não são relatados de forma clara ou consciente. Essas unidades são transformadas de maneira livre a depender da criatividade interpretativa do investigador e que permite explorar o fenómeno sob diferentes perspetivas, com o objetivo de descobrir a sua essência. A transformação também envolve descrever a situação com sensibilidade psicológica, o que significa esclarecer os significados psicológicos implicados na experiência. Nessa fase, há também uma transformação da linguagem quotidiana e do senso comum, transformando-a em linguagem psicológica, tendo em conta o fenómeno que está a ser investigado.

4) Síntese das unidades de significado e uma determinação dos fatores invariantes da estrutura da experiência. Nessa fase, o investigador analisa cada uma das unidades transformadas e seleciona os constituintes essenciais, que são utilizados na construção da estrutura. Sendo que essa estrutura permite uma compreensão mais profunda da experiência, reduzindo a descrição em componentes essenciais.

Para finalizar esse processo de análise dos dados e a descrição essencial da vivência do fenómeno, há um momento seguinte em que o investigador dialoga com a literatura, de forma a estabelecer uma comparação entre os dados recolhidos e analisados e as investigações e teorias existentes.

²² É uma pessoa sem formação médica, que proporciona informação, acolhimento, apoio físico e emocional às mulheres durante a gravidez, o parto e o pós-parto.

Capítulo 5: Apresentação dos Resultados

5.1 Constituintes essenciais e a estrutura geral

Após a transformação das *unidades de significado* em *unidades de significado psicológico*, foram encontrados os constituintes essenciais do fenómeno em estudo, formando uma estrutura geral da descrição dos sentidos mais invariantes e comuns, apesar de algumas singularidades diferentes nas experiências vividas por cada uma das participantes.

Os constituintes essenciais:

A seguir pretendemos descrever os constituintes essenciais comuns presentes nas narrativas das três participantes para posteriormente, os analisarmos individualmente e exemplificá-los com as declarações das participantes.

1. O significado de ser mãe

Neste constituinte é referido o que é, como e quando elas sentiram a experiência de tornarem-se mães.

2. O adiamento da maternidade

Os motivos do adiamento da maternidade descritos pelas participantes são variados e específicos de cada mulher ou da situação que elas estavam a viver no período fértil de suas vidas, havendo motivos relacionados diretamente com as questões da própria mulher, como: a insegurança de exercer o papel da maternidade a prioridade pela construção da carreira profissional e as dificuldades nos relacionamentos amorosos. Outros, que estão relacionados com as pessoas à sua volta, como os pais e o marido, ou questões associadas a fatores externos, como a instabilidade profissional e /ou financeira.

3. A vivência na gravidez

Neste constituinte é descrito como cada mulher se sentiu durante esse período, como vivenciou estar grávida, quais as experiências na gravidez para ela e para o seu companheiro.

4. O corpo grávido

Como a mulher vivenciou as transformações e as alterações corporais durante a gravidez e como o seu corpo grávido foi sentido pelo marido durante esta fase.

5. A idade e a maternidade

Aqui são destacados os relatos principais relacionados com os sentimentos da mulher em ser mãe tardia, qual a sua vivência em relação à idade e à maternidade, já que para as mulheres a idade é um aspeto um tanto complexo, que envolve questões sociais, estéticas e biológicas, principalmente quando a idade está relacionada à gravidez, por causa do “relógio biológico”.

6. As Representação do parto

A representação deste momento fundamental no processo da experiência de ser mãe. A descrição desse momento, como foi sentido e vivenciado tanto pela mulher como pelo seu companheiro ou outras pessoas envolvidas no processo.

7. A Vivência da maternidade

Neste constituinte estão inseridas as vivências da mulher com o seu bebé depois do nascimento. Como essas mulheres sentiram a fase da transição da gravidez para as tarefas da maternidade. A maternidade aqui é descrita como uma fase após a gravidez e que começa logo após o parto. Como as mulheres viveram os primeiros dias com o seu bebé e quais foram os momentos mais difíceis com seu bebé desde o nascimento até à presente idade (entre os 0 e os 3 anos de idade).

8. O apoio recebido

Este aspeto refere-se ao facto de a mulher se ter sentido ou não apoiada durante os períodos de gravidez, parto e pós-parto e quais as pessoas que mais lhes apoiaram nesses momentos.

9. A sexualidade

Neste constituinte, é narrado como a mulher e seu companheiro viveram suas relações sexuais antes e depois da gravidez. É verificado se há alterações nesse aspeto por causa da gravidez e como o casal vivenciou a sua intimidade sexual com a chegada do terceiro elemento.

10. O trabalho e a maternidade

Este constituinte descreve como a mulher lida com seu trabalho e as tarefas da maternidade, como ela se sente depois da licença de maternidade, ou seja, como a mulher sente o regresso ao trabalho após o nascimento do seu filho, o que muda na sua vida e na vida das pessoas à sua volta em relação a este aspeto, como ela concilia o trabalho e os cuidados com o bebé. Outros aspetos verificados são: se houve alguma mudança em relação à sua performance no seu trabalho depois do nascimento do seu filho e como ela vê seu trabalho depois da experiência de tornar-se mãe.

A estrutura: Vivência da primiparidade tardia

As mulheres no presente estudo sentem-se felizes e realizadas ao tornarem-se mães, sendo o **significado de ser mãe** expresso através dos sentimentos de autodesenvolvimento, autoconhecimento, de plenitude e realização pessoal, apesar das dificuldades, limitações e preocupações percebidas por elas em relação à idade avançada. A este propósito são referidos diversos motivos do **adiamento da maternidade**, tanto a nível interno, que não estavam sob o controlo da mulher e ou do casal, como a nível externo, aos quais as mulheres estavam condicionadas no seu período fértil. Porém, não é identificado nenhum sentimento de culpa pelo adiamento da maternidade, mas sim uma preocupação com o futuro, como por exemplo, o medo de envelhecer e não ter saúde ou energia suficiente para cuidar do seu filho, havendo também, um receio de que o seu filho mais tarde a veja como uma mãe idosa e sinta vergonha de ter uma mãe mais velha que as mães dos seus amigos.

Em relação aos conceitos **idade e maternidade** estes são referidos como aliados, pois a idade madura está a ser positiva para a vivência dessa fase de transformações nas suas vidas. Constatou-se que a idade não é um fator limitador para a forma como as mulheres do nosso estudo vivenciarem a experiência da maternidade, mas sim, um fator benéfico tanto para elas como para seus filhos, na medida em que a idade madura as tornaram mais pacientes e mais estabilizadas emocionalmente e financeiramente. Isto, apesar de sentirem pouca energia física para acompanhar o ritmo de crescimento e desenvolvimento dos seus filhos, para além da preocupação com o envelhecimento.

No que diz respeito à fase de transição para o papel de mãe, este é visto numa sequência de diversos momentos, sendo a **vivência da gravidez** um período transformador na mente e no corpo da mulher. A vivência da gravidez começa com a

alegria da descoberta de ter o seu bebê no ventre. É o início de uma nova história, mas que traz grandes mudanças, as quais são visíveis no **corpo grávido**, que fazem da gravidez uma realidade, sentida e percebida por elas e pelos seus companheiros como uma beleza particular. A gravidez é sentida como uma fase de preparação física e emocional para o grande momento de ter o seu bebê nos seus braços e, por isso, a **representação do parto** é descrita como o auge da experiência de tornar-se mãe, sendo o momento descrito por elas como único, sublime e transformador.

A **vivência da maternidade** está atrelada ao fator da idade madura, sendo que, se fossem mães mais jovens, a maternidade seria vivida de forma bem diferente. Por exemplo, neste momento sentem-se mais preparadas psicologicamente, emocionalmente e financeiramente para este novo papel. Sentem-se mais pacientes e com menos ambições pessoais a nível de conquistas educacional, empregos, prestígios ou ascensão profissional. Estas mulheres vivem a maternidade de forma absoluta e consciente do que quer e do que se deseja para esta fase de suas vidas. Porém, a maternidade também é tida como uma fase de reflexão dos seus sentimentos de filha, que agora mãe, são questionados como forma de compreensão da relação anterior com seus pais, onde o passado e o presente se interligam e as suas identidades se integram.

Para que essa experiência durante os processos de gravidez, parto e pós parto fosse sentida como positiva, foi necessário um apoio recebido por parte de pessoas significativas e escolhidas pelas mulheres, para ajudarem no decorrer de todas essas fases. Todas identificaram a doula como um **apoio recebido** de grande valor para a preparação dessas fases, até porque as três mulheres fizeram a opção de ter um parto humanizado e não convencionalmente hospitalizado.

O marido também foi identificado como um elemento muito importante, principalmente, no aspeto da **sexualidade**, sendo este aspeto sentido de forma diferente nos três períodos que envolve o processo da maternidade: a gravidez, o parto e o pós-parto. As mudanças em comum nos três casos estão diretamente associados à diminuição da libido. Outras estavam relacionadas com outros fatores, como: a questão da percepção da mulher do seu corpo envelhecido ou por a questão do divórcio ocorrido depois do nascimento do bebê no caso de M1.

Apesar destas mulheres estarem a trabalhar e já terem construído uma carreira profissional, a chegada do bebê foi muito positiva, sem causar grandes dilemas de conciliação entre o **trabalho e a maternidade**, mas foi necessário uma redefinição das prioridades no contexto casal, família, finanças, trabalho e os cuidados com o bebê. A

idade avançada é vista pelas três mulheres como um fator fundamental para a vivência positiva entre o trabalho e a função da maternidade. Isto porque, tendo estas mulheres tido os seus filhos, depois dos 40 anos, já tinham a vida pessoal e financeira mais estabilizadas, podendo até fazer a opção de parar de trabalhar para cuidar do seu bebê, sem se sentirem prejudicadas financeiramente ou na sua carreira. Nas mulheres que precisaram continuar a trabalhar por motivos financeiros, também foi observado que a idade madura favoreceu a elas um olhar diferente sobre as suas atividades anteriores ao nascimento de seus filhos e uma aprendizagem sobre como administrar melhor o seu tempo para poder conciliar as suas funções de trabalhadora e também de mãe, assumindo o seu novo papel de forma tranquila e consciente.

De seguida, apresenta-se uma estrutura formada pelos constituintes essenciais, através da redução fenomenológica do significado da vivência de cada situação descrita pelas três participantes. Sendo que, os números atribuídos aqui são apenas para identificar os constituintes, que estão interligados numa só estrutura de significado, sem pretensão de mostrar nenhum grau de importância ou hierarquia, tendo em consideração que todos os constituintes essenciais têm a mesma importância para as participantes e para o estudo.

Figura 1: Esquema da estrutura e os respectivos constituintes essenciais:



5.2 Análise dos constituintes essenciais

Através dessa análise de dados pretende-se agrupar as variações empíricas comuns de cada participante, ou seja, os aspectos significativos semelhantes nas experiências vividas e relatadas pelas participantes desse estudo, uma vez que a análise fenomenológica procura estudar paralelamente o objeto e a subjetividade do ato da consciência direcionada a esse objeto (Giorgi & Souza, 2010).

Esta análise foi feita a partir dos relatos das três experiências e exemplificadas com as unidades de significado e agrupadas dentro dos constituintes essenciais.

1. Significado de ser mãe

(M1) “Ser mãe, sem sombra de dúvida, um grande processo de crescimento e autodesenvolvimento.”

“A vivência de tornar-se mãe vai para além do emocional, o desejo de ser mãe, incluindo uma preparação no corpo e na mente para a experiência da maternidade.”

(M2) “Ser mãe é ter a oportunidade que a Vida me deu de amar e doar-me a outro ser para poder encontrar o meu próprio caminho de evolução. É a minha chance de olhar para minha biografia, rever a minha história, e me reinventar. É o meu caminho de ser melhor no mundo, e contribuir nem que seja um pouquinho só, um pouquinho mais, para um mundo melhor.”

(M3): “. . . Como eu disse, na hora do parto eu ainda não tinha a consciência de que era mãe, mesmo vendo aquele bebezinho na minha frente. Acho que o início foi na primeira vez que o amamentei após seu nascimento, quando estávamos de volta ao nosso quarto no hospital. Tê-lo em meus braços, se alimentando do meu leite. Outros sucessivos acontecimentos foram solidificando a sensação e certeza da maternidade: cozinhar para ele, falar o primeiro ‘não’, arrumar suas bagunças, socorrer no primeiro machucado, ficar com o coração na boca a cada vacina, ajudar em seus primeiros passinhos, ficar surpresa com suas primeiras frases completas, o primeiro Natal, o primeiro dia das mães, o primeiro dia na escola, enfim, pequenos momentos que fazem parte do nosso dia-a-dia, mas simbolizam fortemente o que é ser mãe. Garanto que é um lindo ‘trabalho’ e não há empresa ou emprego que nos dê tanta realização e orgulho.”

O significado de tornar-se mãe para essas três mulheres revela ser uma experiência positiva, sentida para além das emoções e da responsabilidade do novo papel. As particularidades de suas experiências estão relacionadas com a história e a vivência de cada mulher.

É observado uma similaridade nos casos de M1 e M2 em que o significado de ser mãe está envolto no processo interno, na oportunidade do autoconhecimento e na experiência de doar-se. Já para M3 parece que esse significado de ser mãe está atribuído de fora para dentro. Da relação mãe-filho e das tarefas da maternidade.

2. Adiamento da maternidade

(M1): “. . . Eu descobri, que as práticas convencionais de nascimento, também contribuíram para o adiamento da tomada de decisão de ser mãe.”

“Outro grande fator de adiamento da maternidade: instabilidade profissional-financeira-emocional.”.

“Também pesou um pouco a questão estética: via tantas mulheres engordarem desmesuradamente durante a gravidez e manterem o peso após o nascimento dos filhos e perderem agilidade. Isto era inconcebível para mim.”

(M2): “Por muito tempo, não tive expectativa alguma de ser mãe. A possibilidade de ser totalmente responsável por outra vida ou “viver uma outra vida novamente” me assustava e me distanciava desse desejo de tantas mulheres.”

“Depois de cinco anos de casada é que eu comecei a aceitar a ideia de ser mãe e acreditar que eu poderia ter alguma competência para isso. Durante esses cinco anos não utilizava nenhum método de contraceção, entretanto, eu não engravidava. Isso não era um problema, pois nunca acalentei o sonho de ser mãe.”

(M3): “Essa história sempre me marcou muito, porque eu me sentia um ‘ser’ diferente. Na época, não era comum ser filha única e principalmente, filha de pais ‘idosos’.”

“... da parte de meu pai, ele sempre foi um homem rígido e muito protetor. Eu era a princesa de sua vida e seus planos para mim eram um só: que eu estudasse, me formasse e tivesse um bom emprego. Namorados? Nem pensar! E aí foi-se traçando o destino da minha vida amorosa ... por conta desta superproteção me tornei uma menina tímida e fechada, com vergonha de expor meus sentimentos e desejos”

“Os anos foram se passando e mais um empecilho surgiu de forma que eu não quisesse um relacionamento sério. Além de meus pais ainda me controlarem bastante, eu me preocupava com eles que estavam envelhecendo rapidamente.”

“Essa, acredito, foi a maior barreira a ser vencida, pois meu marido achava que ainda não estava preparado emocionalmente para ser pai e principalmente, não teria como suprir suas necessidades no âmbito financeiro.”

Para M1 os principais motivos do adiamento da maternidade foram o medo do parto, as dificuldades nas áreas financeiras e profissionais, que provocavam uma instabilidade ao nível emocional. Foi também relatado por M1 uma questão muito particular entre os três casos, a questão da estética, ou seja, as transformações corporais envolvidas durante a gravidez, que lhe causavam um certo receio, ao ponto de influenciar o adiamento da maternidade. Para M2 não foi planeado adiar a maternidade, já que quando casou-se não tinha realmente o desejo de ser mãe. Somente após cinco anos de casada, que M2 começou a pensar sobre a maternidade, vindo a se desenvolver tardiamente o desejo pela maternidade, que se instalou de forma natural e espontânea. Os motivos identificados por M3 para o adiamento da maternidade foram vários, entre

eles o facto de seus pais exercer muito controlo sobre a sua vida, o que a impediu de explorar e socializar normalmente, gerando em si grandes dificuldades de relacionamento. Acrescenta-se ainda, que os pais eram idosos, o que exigia de si uma presença contínua para dispensar os cuidados necessários a eles à medida que iam envelhecendo, uma vez que era filha única. Posteriormente foi a questão do seu marido, que não se sentia ainda preparado ao nível emocional e financeiro para a paternidade, uma vez que era seis anos mais novo do que ela, estando em uma etapa de vida diferente da sua, onde já se sentia em condições ótimas ao nível financeiro para ter um filho.

Essas três mulheres adiaram a maternidade pelos motivos que relataram nas suas narrativas, no entanto, pode ser que existam alguns inconscientes, não sendo claramente identificados.

3. Vivência na gravidez

(M1): “A gravidez, sendo considerada de alto risco, por força do adiantado da idade, permitiu-me estar de baixa e sem ter de ir trabalhar; assim, dedicava grande parte do tempo a praticar yoga para grávidas, meditação e relaxamento por meio de taças tibetanas, meditação e passeios na praia, à beira da água, deliciosas sestas com as pernas elevadas sobre a bola. Leituras fabulosas, sugeridas pela doula, sobre o que é verdadeiramente o processo de maternidade (e que é ocultado nos hospitais convencionais).”

“Foi tão grandioso ter engravidado, (tinha tido um aborto espontâneo uns meses antes) senti-me tão abençoada e tão grata, que fiz por desfrutar com o máximo de intensidade tudo, minimizando os aspetos menos positivos. E encarando-os como parte integrante do processo, com toda a naturalidade.”

“Ao contrário do que habitualmente ouço, quando a gravidez começa a chegar ao fim, as mulheres sentem-se cansadas e desconfortáveis e já querem que o bebé nasça depressa. Eu fiquei um pouco desapontada pois a minha filha nasceu às 41 semanas e eu tinha me convencido que ela iria esperar até às 42 semanas.”

(M2): “Dois meses antes de completar dez anos de casada, aos 41 anos, descobri com surpresa que estava grávida. Todos acreditavam que pela minha idade eu teria uma gravidez de risco. Mas todos os meus exames eram excelentes e eu me sentia ótima. E, a partir desse momento, eu comecei a estudar de verdade e sair da minha ignorância no assunto.”

“Fazia caminhadas todos os dias, hidroginástica e yoga para gestante. Trabalhava muito e estava muito feliz.”

(M3): “. . . da primeira tentativa (natural) de engravidar até eu descobrir que estava grávida, foram apenas 3 meses! E, acredite, meu marido foi parte fundamental neste processo, já que ele acreditava piamente que eu engravidaria fácil, ao contrário de mim. Novamente, após muitas conversas entre nós dois e

também com sessões de terapia, cheguei à conclusão que, sim, eu poderia ser mãe.”

“Em abril de 2011 descobri que estava grávida, para nossa alegria e de todos nossos parentes. Desta vez, eu estava mais confiante no meu corpo, mesmo assim, até os 3 meses fiquei receosa em relação a manter a gravidez e se o bebê nasceria sem nenhum problema. Após os exames de 3 meses, onde foi diagnosticado que o bebê crescia sem nenhum problema, relaxei.”

“E fui conduzindo a minha gravidez da forma mais equilibrada possível. **Reduzi minha carga de trabalho**, passei a praticar yoga para gestantes, melhorei minha alimentação e li, li, li muito e fiz muitos cursos.”

A gravidez foi vivida pelas três participantes de forma positiva, com uma aceitação plena da experiência do processo da gravidez, apesar das preocupações comuns a qualquer grávida em qualquer idade, por exemplo, se o bebê estava a crescer normalmente e se estava saudável, assim como, o medo de ter um aborto espontâneo. Essas preocupações são evidentes em M1 que teve uma gravidez de risco e já havia tido um aborto espontâneo e no caso de M3, que só se sentiu tranquila, depois de completar os três meses de gestação e do resultado dos exames médicos que lhe assegurou sobre a saúde do seu bebê. Nenhuma dessas mulheres precisou fazer tratamento de fertilização, sendo a gravidez um acontecimento natural e espontâneo.

A gravidez, ainda que planeada, nos casos de M1 e M3 foi tida como uma grande surpresa, devido a idade avançada em ambas e devidos a aspetos específicos associados a cada uma: no caso de M1, pelo facto de ter tido anteriormente um aborto espontâneo, e no caso de M3 por causa do histórico familiar, onde a mãe teve dificuldades de engravidar, com a existência de um aborto aos três meses de uma gestação, o que a fazia pensar que poderia acontecer o mesmo com ela. Para M2 foi ainda mais surpreendente, já que ela estava casada há muitos anos sem fazer uso de métodos contraceptivos, vindo a gravidez acontecer naturalmente aos seus 40 anos de idade.

A gravidez para estas três mulheres parece ter ocorrido sem nenhum problema de saúde apesar de M1 ter vivenciado uma gravidez de risco, não relatou nenhum problema especificamente. O tempo que esteve afastada do trabalho por aconselhamento médico, foi considerado por ela, um período de aproveitamento para fazer coisas que não poderia se estivesse a trabalhar. Sendo o período gravídico benéfico para M1 para aproveitar melhor dessa fase única em sua vida. M2 apesar de trabalhar muito no período em que estava grávida, adotou hábitos saudáveis, como a

prática regular de exercícios físicos. M3 parece também ter tido uma gravidez saudável e tranquila, apesar do medo que pairava em si sobre um possível aborto. Fez a opção de diminuir o ritmo do trabalho, priorizando o tempo para desfrutar desse momento único da sua vida, onde efetuou melhorias ao nível da sua alimentação, praticou yoga e fez leituras sobre o assunto.

É comum no período da gestação as mulheres reclamarem de náuseas, vômitos, enjoos e outros incômodos provocados pela gravidez, porém nenhuma das três mulheres que participaram neste estudo queixaram-se disso. Parece que a gravidez foi vivida de uma forma tão positiva que esses incômodos foram irrelevantes para serem mencionados. O período da gravidez foi sentido como um tempo de preparação física e emocional para o parto e para as tarefas da maternidade, tendo as três o cuidado de adotarem estilos de vida mais saudáveis em benefício da saúde física de ambos: mãe e bebê.

4. Corpo Grávido

(M1): “Logo no início da gravidez, quando não se notava barriga e apenas as formas do corpo se arredondavam, algo foi logo evidente: o peito. Sentia-me sensual e o meu marido estava encantado. Era como se tivesse direito a um bônus extra.”

“... mergulhada no processo de gravidez e à medida que a barriga (e as mamas!) ia crescendo, uma beleza rara e indescritível desabrochava. Os padrões de estética são bem diferentes na gravidez e brotava do interior com um caudal abundante. Senti-me muito bela do primeiro ao último dia.”

“... fiz um trabalho de preparação para acompanhar e adaptar-me ao corpo em transformação. E encarei como uma fase em transição e acolhi as diferenças, limitações, desconfortos, etc.”

“... Portanto foi muito interessante. Algo muito bom aconteceu: eu não engordei. Mantive o mesmo corpo, apenas a barriga e a pélvis se ajustaram para acolher a bebé.”

(M2): “... eu (corpo, mente e espírito) estava preparada e pronta para uma gestação.”

“... A barriga ia aumentando e eu me sentia linda! Só um barrigão crescendo bem bonito!”

“... Não sei dizer se me sentia mais ou menos sexy, acho que igual, mas me sentia muito linda.”

(M3): “Pois bem, como cada corpo é um corpo, o meu graças a Deus era saudável e eu não tinha os mesmos problemas de minha mãe. Conclusão: da

primeira tentativa (natural) de engravidar até eu descobrir que estava grávida, foram apenas 3 meses!”

“... : não é fácil ter um corpo de 40 comparando-se com um de 20. Pra começar, eu engordei 17 quilos durante a gravidez.

“... quando estava grávida e o X começou a mexer dentro da barriga, eu adorava. Adorava sentir aquela barriga grande e dura. Tanto que até hoje, quando vou dormir, deito de lado e acaricio minha barriga, como se ele ainda estivesse lá dentro. Tenho saudades dessa época...”

“... nos primeiros 6 meses eu passava longos períodos em casa. Saía pouco, na maioria das vezes a pé para fazer compras num mercado próximo à minha casa. Como tinha empregada que além de cuidar da limpeza, ainda cozinhava, eu tinha muito tempo para ficar sentada ou deitada, coisa que eu adorava.”

“... Para uma pessoa de 20 anos, a energia flui. Para uma de 40, que não se exercitava há anos, era um terror. Sendo sincera, ainda hoje prefiro mil vezes quando ele me pede para deitarmos na cama para assistir um desenho, ...”

Para M1 a imagem corporal feminina é representada através de um padrão de estética específico, que é muitas vezes exigido pela sociedade, onde a mulher deve estar em forma, dentro dos limites do seu peso. As mudanças corporais envolvidas na gravidez, muitas vezes não se encaixam dentro dos padrões específicos de beleza da mulher exigidos por algumas pessoas, o que pode gerar na mulher grávida uma ansiedade excessiva em relação ao aumento de peso, associado com uma possível “deformação” do seu aspeto original, e o medo de não conseguir regressar ao corpo que tinha antes. Esse era um dos motivos de M1 para o adiamento de sua gravidez, mas assim que engravidou, a sua atitude e os seus sentimentos a esse respeito foram alterados, uma vez que ela descreve ter desenvolvido uma beleza que emergiu do seu interior “beleza rara e indescritível desabrochava” talvez sentida como parte da função materna. Foi necessário existir uma mudança de representação de um determinado padrão de estética associada à mulher para um padrão congruente com uma mulher grávida, e essa nova representação foi essencial para a aceitação e adaptação ao seu novo corpo. M2 considerava que tanto o seu corpo, como a mente e o espírito estavam preparados para essa gestação, o que contribuiu para um bom desenvolvimento da mesma. Essa congruência de funcionamento entre estes três aspetos do seu Eu parece ter sido essencial para a aceitação das mudanças corporais envolvidas na gravidez. M2 sentiu que à medida que a sua barriga crescia, também sentia-se cada vez mais linda. Isso revela o seu prazer de vivenciar esse momento único e cheio de emoções. Antes de M3 narrar a sua experiência sobre as mudanças do seu corpo e o seu sentir relativamente a isso, ela sente necessidade de confirmar/validar que o seu corpo era

diferente do corpo de sua mãe, era saudável e não tinha problemas em engravidar, como se ainda se sentisse assombrada pelo passado de sua mãe. M3 sentiu que engordou muito durante a gravidez, e revela um certo desconforto associado a isso, numa lógica de comparação com um corpo mais jovem de 20 anos, que possivelmente seria mais fácil de regressar ao peso anterior, do que com o seu corpo de 40 anos. Os 17 quilos ganhos durante a gravidez foram muito difíceis de perder. Apesar de ter conseguido perder algum peso 3 meses após o nascimento de seu filho, M3 ainda se sentia gorda, pesada e cansada. Com pouco ânimo para se mexer, sendo o que mais gostava de fazer era ficar deitada assistindo televisão com o seu filho. A falta de exercício foi considerada um contributo para que a forma de seu corpo que com a idade avançada era mais difícil de voltar como antes da gravidez.

Por outro lado, o crescimento da barriga é visto de forma diferente, uma vez que sentia algum prazer quando tocava na sua barriga “grande e dura”, manifestando atualmente saudades dessa época, sendo que para se recordar disso costuma se deitar de lado ao dormir para acariciar a barriga. Outro aspeto interessante em M3 é a sensação que ela descreve quando começou a sentir que o seu filho começou a mexer dentro de sua barriga, como se ela precisasse disso para perceber realmente a existência concreta do seu bebé. Para M3 a realidade subjetiva parece não adquirir o estatuto de uma realidade objetiva/real enquanto não for possível a sua manifestação/transformação em aspetos concretos, onde ela possa tocar, sentir, ver, cheirar e ouvir. M3 precisou sentir o movimento de seu bebé dentro de si para considerá-lo com uma existência própria. Esse aspeto denota fragilidades ao nível do processo de simbolização, e essa dificuldade é manifesta nos dias de hoje, onde para recordar uma experiência passada vivida, não basta apenas evocar memórias, representações, imagens – M3 precisa tocar no seu corpo para recordar uma existência prévia no interior de si “como se ele ainda estivesse lá dentro”.

As três participantes neste estudo descreveram o seu sentir associado às transformações corporais durante a gravidez, nomeadamente no que se refere ao crescimento do peito e da barriga, e os possíveis ganho de peso, alterações próprias dessa fase na vida da mulher, em que o corpo está para além dos padrões de estética exigidos, sendo necessário uma mudança de representação, onde o corpo feminino associado à feminilidade e sensualidade abarque também um corpo materno, em constante transformação para se adaptar a um bebé em constante crescimento.

5. A idade e a maternidade

(M1): “. . . Ainda bem que esperei e aceitei ser mãe tardia, pois vivo a experiência com uma serenidade, uma confiança e uma gratidão imensa, que é mais prazerosa para mim e muito mais saudável e benéfica para a minha filha.”

“. . . ser mãe tão tardiamente, à luz do que sei hoje e com a consciência de quem eu era, se tivesse sido mãe mais cedo, seria muito má mãe. Desde logo por falta de paciência.

(M2): “A idade não foi nunca um peso para mim, em nenhum sentido. Sei que tive o X quando estava pronta emocional e espiritualmente para ele.”

“A melhor parte de ser mãe com mais idade, é a maneira madura que consigo fazer escolhas. Por outro lado sinto mesmo dentro de mim como é importante me cuidar para o X não ter uma mãe envelhecida, doente ou feia. Então, ele me dá ainda mais motivos para ser melhor.”

“A idade não é um limitador para nada. Nós somos os limites que impomos a nós mesmos ou que deixamos que a sociedade, ou a cultura, nos imponha. As escolhas têm de ser conscientes e responsáveis. E consciência e responsabilidade foram os melhores legados que os quarenta anos me deixaram. Daqui pra frente é acompanhar esse menininho que cresce saudável, inteligente e sapeca.”

(M3): “. . . O X já demandava mais atenção e mais movimentos da minha parte, como fazer longos passeios a pé, brincar no chão, etc. Para uma pessoa de 20 anos, a energia flui. Para uma de 40, que não se exercitava há anos, era um terror.”

“Outro contra é o que eu mesma passei quando criança: achar que seus pais são “velhos” demais, passar noites em claro pensando que em breve eles irão morrer, ter brigas homéricas pelo puro conflito de gerações.”

“ Os prós de ser mãe aos 40 são vários. Estabilidade financeira, por exemplo. Como havia dito, recebi uma boa herança de meus pais, além de ter guardado um bom dinheiro ao longo de minha vida profissional. Isso me deu uma segurança forte ao decidir que pararia de trabalhar quando o X nascesse”

“ Outro pró: a maturidade e a experiência. Não preciso nem dizer que a cabeça que tenho hoje, assim como meus interesses, são totalmente diferentes dos que eu tinha aos 20 anos. E isso, ao educar um filho, faz toda a diferença. Digo isso porque tenho sobrinhas por parte do meu marido que estão com 25 anos e tratam seus filhos de maneira totalmente diferente. Por exemplo, o descuido com a alimentação de seus bebês. Eu sou muito rigorosa em relação à alimentação do X.”

“. . . Minha preocupação com a alimentação do X é tão grande, que até já fiz 2 cursos sobre o assunto. Qual mãe, aos 20 anos, se disporia a gastar seu tempo e dinheiro com isso? E da mesma forma, meus cuidados e dedicação são totalmente diferentes, mais intensos.”

“ Acredito que ser mãe aos 40 tem mais vantagens do que ser uma mãe de 20 ou 30 anos”

Os fatores idade e maternidade são expressos pelas três mães em idade tardia, acima dos 40 anos, como positivos. A maternidade para M1 e M2 não foi sentida como tardia mas como um acontecimento que ocorreu no momento certo, quando elas se sentiam mais preparadas psicologicamente e profissionalmente para a vivência dessa nova identidade e responsabilidade. M3 apesar de se sentir “velha” para a maternidade, principalmente nas tarefas atuais que demanda muita energia para acompanhar o ritmo do seu filho, sente que a idade madura tem sido favorável para a educação do seu filho. É visto, principalmente em M2 e M3, uma preocupação com o envelhecimento e as suas funções com a maternidade. No caso de M2 apesar de a idade não ser considerada uma barreira para vivenciar a maternidade, a preocupação está centrada em sua aparência física, nos cuidados com o corpo e a sua saúde. Como não quer ser considerada velha para seu filho, utiliza isso como um elemento de motivação para continuar a cuidar do seu aspeto físico. M3, filha de pais idosos, nunca aceitou a idade avançada de seus pais, devido a isso, ela nunca desejou ser mãe tardia, porém o que ela mais temia aconteceu. Hoje, ela também é uma mãe tardia, o que a faz viver a maternidade em função da sua experiência como filha de pais idosos, apresentando muitas preocupações, associadas ao seu próprio envelhecimento, entre elas a possibilidade de emergência de conflitos com o seu filho pela diferença de gerações entre eles; e que seu filho venha a ter os mesmos sentimentos que ela teve quando criança em relação ao envelhecimento de seus pais, o medo constante de que eles possam vir a falecer. Porém, hoje que está do outro lado da experiência da maternidade tardia, consegue identificar algumas vantagens, como a estabilidade financeira e a maturidade.

6. Representação do parto

(M1): “O parto. O nascimento da minha filha foi uma experiência absolutamente grandiosa. Foi **A experiência** da minha vida. Fez-me atingir um estado de relaxamento e “desligação” mente-corpo, como nenhuma, meditação ou terapia, alguma vez me proporcionou.”

“Em cada contracção eu conseguia sentir que passava por todo o meu corpo uma onda de energia, com intensidade cada vez maior, como se fosse um tremor de terra, abanando profundamente até às entranhas.”

“Tudo isto em casa, um autêntico templo, onde foi criado um altar com uma série de objectos que materializavam todo o processo de crescimento que aconteceu na preparação para a gravidez e na preparação para o parto com a doula”

“Por muito trabalho que faça, ainda não consegui libertar completamente a mágoa daquela presença indesejada (o enteado) me ter condicionado a afastar-me do templo e ter ido parir a minha filha no hospital.”

(M2): “Eu sabia que queria um parto natural e descobri frustrada de que não conseguiria isso em um hospital público. Daí, fui conhecer a equipe de Blumenau do Nascer em Casa e o que me parecia impossível, se tornou realidade: ter um parto domiciliar, respeitoso e humanizado.”

“Minha expectativa para o parto foi que ele fosse ativo, o mais natural possível e fosse de cócoras . . .”

“. . . Não tinha medo de nada disso, só tinha medo de cair numa cesárea. Também me falam de ter coragem de ter um filho em casa, mas eu não me sinto corajosa, aliás, acho que tem mesmo muita coragem quem vai ter filho em hospital, com um monte de gente desconhecida entrando e saindo da sala, fazendo exame de toque para ver sua dilatação, te colocando deitada em um cardiotoco, acendendo um holofote no rostinho do bebê . . . ai, sei lá, para mim só de pensar em tudo isso me dava medo, insegurança, tristeza.”

“Ao contrário, em casa, ter o X de forma tão segura, aconchegante, respeitosa e acolhedora foi uma experiência maravilhosa. Foi o momento mais transformador da minha vida.”

“Não tive nenhuma laceração. Senti que precisava fazer uma entrega, parar de controlar e consentir, estava presente, mas depois de um momento a consciência ficou alterada. Eu mudava a minha própria história a cada contração. Eu mergulhava dentro de mim com uma conexão que nunca tinha vivido antes. Foi tão maravilhoso e transformador que tenho muita, muita saudade da hora do meu parto. Acho que se pudesse parir de novo iria fazer conexões novas, remexer ainda mais na biografia que está arraigada no meu corpo. Pensando agora, enquanto te escrevo, penso que pode ter sido o poder feminino instintivo e ancestral que conectamos em um parto. Esse poder que não se consegue em uma cesárea, esse poder que é atrapalhado ou bloqueado em um parto cheio de intervenções ou desrespeitoso . . .”

(M3): “. . . descobri o parto humanizado, onde a gestante tem seu filho geralmente em casa, da maneira que bem preferir, sem analgesia e outros procedimentos médicos que venham a agredir a mãe e o bebê”

“Essa minha escolha tinha muita relação com o tipo de parto que minha mãe teve quando nasci. Ela pediu até o último momento que seu médico a deixasse fazer um parto normal (no hospital). Porém, o médico foi enfático que devido à sua idade (41 anos), ele faria uma cesárea, pois um parto normal seria muito arriscado . . . Mais uma vez, a experiência que minha mãe teve me fez ter certeza de que queria um parto humanizado, tanto que o obstetra que escolhi para fazer o meu parto era um dos melhores do Brasil, com especializações na Alemanha e outros países da Europa.”

“Entrei em trabalho de parto num sábado por volta das 5 da tarde. Estavam ao meu lado meu marido, meu obstetra e minha doula. Todos prontos para um lindo parto humanizado. Porém, com aquela espera toda durante semanas, eu já estava

tão desgastada e angustiada, que durante as dores do parto comecei a ficar nervosa. Não sei se isso afetou alguma coisa, mas ao fazer um exame de toque após 6 horas de contrações, o obstetra informou que eu estava com ZERO de dilatação. Foi diagnosticada uma fibrose no colo do útero que estava impedindo dele dilatar. Do lado de dentro do útero, a dilatação já estava em fase avançada, porém, do lado de fora, nenhuma dilatação. Para decepção de todos, inclusive do meu obstetra, cuja taxa de cesárea era de apenas 5%, tivemos que fazer uma cesárea de emergência. E assim, nasceu o X, meu bebê tão esperado.”

“Por sorte, como eu estava acompanhada de uma equipe totalmente humanizada, mesmo sendo uma cesárea, os outros procedimentos respeitosos à mim e ao bebê foram mantidos . . .”

Nesse constituinte, todas desejaram ter um parto humanizado, o que significa mais do que um tipo de parto, mas um processo dinâmico e participativo de todas as pessoas de grande significado pessoal para a mãe envolvidos nesse momento único e sublime - a chegada de seus filhos. O parto natural é visto como uma experiência cheia de emoções e reflexões sobre a sua própria existência e do seu papel feminino – o de ser mãe. Todas estavam preparadas e decididas por um parto em que elas estivessem em plena entrega para essa passagem consciente de assumir o início da maternidade. Apesar dessas três mulheres estarem bem informadas e bem preparadas fisicamente e psicologicamente para esse tipo de parto, M1 e M3 necessitaram ir para o hospital, apesar disso o momento do parto foi considerado por elas como uma experiência positiva, pelo facto de terem tido a possibilidade de serem muito bem preparadas para este momento, pela presença de profissionais “humanizados” e pela presença de pessoas de apoio que transformaram esse momento, inicialmente de frustração, em uma experiência humanizada, ou seja, cheia de atenção, respeito e afetos. Aqui M3 revela que a escolha pelo parto está relacionada com a experiência da maternidade de sua mãe. As suas histórias parecem estar entrelaçadas uma na outra, algumas vezes parecem se repetir de uma forma inconsciente, outras vezes parece que M3 procura ter experiências e escolhas semelhantes à sua mãe como forma de se sentir ligada a esta.

7. Vivência da maternidade

(M1): “. . . a minha experiência de maternidade está a ser o grande centro da minha vida. (...) estou a fazer tudo para ‘compensar’ a minha filha, sendo mãe-pai para ela. Faço a minha vida em função dela.”

“Eu não sonhei viver este tipo de maternidade (sem a participação do marido), mas está a ser muito gratificante e intenso.”

“É uma ligação muito intensa, física, ainda que não seja umbilical: como ela ainda mama, passamos muito tempo unidas, literalmente.”

“... o projecto maternidade-paternidade, se transformou em projecto maternidade, com a particularidade de ser uma mãe-madura-solteira, com todos os desafios, ajustamentos, desapegos que isso implica.”

“Tirando o cansaço por não ter ninguém por perto para partilhar a atenção dada à minha filha ou a partilha de momentos mais complexos, como quando ela fica doentinha (felizmente tem sido só por ocasião do nascimento dos dentinhos), vejo com um optimismo muito grande esta experiência de maternidade.”

(M2): “Os primeiros cuidados e a fase de amamentação do meu filho foi cheia de dúvidas e, claro, de medos também, inerentes à mãe de primeira viagem, mas também cheia de prazeres e delícias. O banho no balde, o uso do sling³, a cama compartilhada, o berço-embaladeira que eu e meu marido fizemos nós mesmos (seguindo todas as orientações do Inmetro⁴) e que o X adorava. A amamentação sempre muito tranquila, em livre demanda. Tudo vivido com plenitude.

“Referente ao tempo sentido como mais difícil na maternidade, os primeiros dias de dúvida foram muito difíceis. Mas esse último ano tem sido pior, pois descobri o quanto minhas questões de filha estão afetando a maneira que quero criar o X. Nessa idade que meu filho está, acontece o início do processo de separação, da individuação, e vêm os conflitos e ‘rebeldias’. Preciso aprender a lidar com isso agora, pois a história está só começando.”

“Desde que tive o X reflito muito sobre minha própria história e penso na infância com meus irmãos.”

(M3): “Para contar a história da minha maternidade, primeiro preciso contar a história da maternidade da minha mãe. São duas histórias que se entrelaçam...”

“Essa história sempre me marcou muito, porque eu me sentia um “ser” diferente. Na época, não era comum ser filha única e principalmente, filha de pais ‘idosos’.”

“Bem, felizes para sempre? Não foi bem assim. Estamos cansados de ver nos cinemas e televisão que assim que o bebê nasce, a mãe sente um amor incondicional por ele. Por incrível que pareça, comigo não foi assim. Pois é, um bebê tão esperado, tão desejado e esse amor não veio assim logo de cara. Pode ser por vários motivos... pode ser porque eu estava tão frustrada de não ter tido meu parto como tinha sonhado, ou pode ser porque o início da amamentação não foi fácil, enfim, para ser sincera, eu só fui amar mesmo o meu filho, com todas as minhas forças, quando ele completou um ano.”

“Hoje não sei como seria minha vida sem ele. Ele acabou de completar 3 anos e é a razão do meu viver. Agora sim, sei que tudo valeu a pena e tudo vem a seu tempo.”

“O X entrou para a escola nesta semana, ou seja, durante 3 anos, foi uma convivência diária e constante, onde só eu e ele existíamos.”

³ Um *baby sling* é um porta-bebês de inspiração tradicional realizado em tecido, que pode ser usado desde o parto até por volta dos dois anos de idade.

⁴ O Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia

A pesar dessas mulheres estarem a viver a maternidade numa idade similar com filhos na mesma faixa etária, é possível observar muitas particularidades entre elas, devido às suas histórias de vida, seus relacionamentos no passado e sua personalidade. Para M1 o processo da maternidade é sentido como solitário e sem apoio. Embora o projeto da maternidade tivesse sido planeado com o seu marido, isso não aconteceu, sendo um grande desafio para ela. Parece que M1 estava realmente preparada para se tornar mãe, pois ela lançou-se e entregou-se de “corpo e alma” para a tarefa da maternidade, mesmo sentindo-se sozinha e pouco apoiada para desempenhar essa grande tarefa.

M2 vivenciou os primeiros momentos da maternidade com um pouco de insegurança, que pode ser tida como normal para a maioria das primíparas, em relação aos primeiros cuidados com o bebé. Apesar de a gravidez ter sido uma surpresa, M2 recebeu essa nova mudança na sua vida de forma muito positiva, o que lhe está a permitir uma vivência plena da maternidade, em que cada fase é vivida com muita reflexão. Por exemplo, a fase que seu filho está agora, em que ele se revela como um ser mais individualizado, que já tem uma certa independência, que sabe comunicar seu gosto e já expressa atitudes próprias, isso tudo faz M2 refletir sobre suas relações anteriores com seus pais, sobre a sua própria infância e o seu passado, que agora entrelaçam-se com a sua maternidade, ou seja, como a sua experiência de ter sido filha está a influenciar o seu modo de “ser mãe”.

Para M3 a vivência da sua maternidade está muito associada com a experiência da maternidade tardia da sua própria mãe. O facto de ser uma mãe tardia também, conduziu a uma certa similaridade entre ambas da qual M3 não conseguiu se dissociar em nenhum momento da sua gestação e mesmo agora, uma vez que as suas angústias por ter sido filha de pais idosos começam a emergir em relação ao seu filho. M3 pareceu reviver na sua maternidade a história da maternidade de sua mãe, o que provocou a emergência de vários medos associados às tentativas de gravidezes anteriores da mãe, entre eles a dificuldade de engravidar e um aborto espontâneo aos três meses de gestação.

Na busca de encontrar respostas para o facto de não ter sentido um amor incondicional pelo seu filho assim que ele nasceu, M3 racionaliza isso de várias formas “pode ser porque eu estava tão frustrada de não ter tido meu parto como tinha sonhado, ou pode ser porque o início da amamentação não foi fácil . . .”. O amor incondicional

para M3 não surgiu como nos contos de fadas, foi sendo desenvolvido aos poucos com o desenvolvimento do relacionamento entre mãe-filho.

8. Apoio recebido

(M1): “. . . aconteceu na preparação para a gravidez e na preparação para o parto com a doula.

“. . . De resto, a escolha da doula deveu-se ao facto de estar sozinha, já que o pai não fazia tenção de assistir ao nascimento, e estava viva em mim a necessidade de me sentir acompanhada.”

“. . . o pai, que dizia que a gravidez e sobretudo o nascimento era um assunto da mãe, acabou por dizer com orgulho: “ajudei a minha filha a nascer”

“. . . graças à intervenção do pai, que fez uma “tradução” das ordens da parteira numa linguagem amorosa para eu descodificar, e evidenciou que afinal eu estava a cooperar com o trabalho da parteira, que estava em contra-relógio, pois noutra sala havia outra mãe quase a parir à espera da parteira.”

“Ao estar tão absorta e dedicada à maternidade, para que nada faltasse à minha filha, e porque não tinha uma rede de apoio (toda a família está longe).”

“A minha mãe tem 73 anos de idade. A sogra está com 84 anos de idade.”

(M2): “. . . Quando encontrei a doula X (que me ajudou na preparação para o parto), senti muita empatia e percebi que poderia viabilizar o pagamento, dividir em vezes, fizemos bastante esforço para conseguir pagar, mas valeu cada centavo.”

“Em relação ao apoio recebido, a minha médica e a enfermeira neonatal me visitaram durante o primeiro mês e foi um bom apoio. Minha mãe ficou comigo 20 dias. Mas eu me virei bem mesmo sozinha e eu morava em uma cidade bem distante da minha família.”

“Eu sou agradecida a Deus, a mim mesma, ao meu marido e a equipe, porque eu tive a força de vontade, o apoio e a oportunidade de buscar uma experiência tão única, que mudou minha maneira de estar no mundo.”

(M3): “Meu marido esteve presente em TODOS os momentos. Me acompanhou em TODAS as consultas de pré-natal, fez cursos de preparação para o parto, fez yoga junto comigo (era o único homem na sala). Quando fui internada para a indução das contrações ficou comigo o tempo inteiro e obviamente que durante o trabalho de parto esteve comigo. Também esteve na hora da cesárea, mesmo se segurando para não desmaiar, pois ele não suporta ver sangue e acabou vendo. Cortou o cordão umbilical do X e me ajudou na primeira mamada, ainda na sala de parto. Enfim, foi e ainda é um pai e marido muito presente, não tenho do que reclamar e sou muito grata a ele.”

“. . . Estavam ao meu lado meu marido, meu obstetra e minha doula. Todos prontos para um lindo parto humanizado.”

“Por sorte, como eu estava acompanhada de uma equipe totalmente humanizada, mesmo sendo uma cesárea, os outros procedimentos respeitosos à mim e ao bebê foram mantidos.

“. . . nos 2 primeiros meses de vida do X, meu marido tirou férias no trabalho. Isso me ajudou muitíssimo, principalmente nas 2 primeiras semanas, em que eu quase não conseguia me mexer por conta da cicatriz da cesárea. Meu marido foi fundamental, pois se o X chorava, era ele que tentava acalmá-lo. Na maior parte das vezes, a troca de fralda era feita por ele. E o banho, desde seu primeiro dia de vida, foi dado pelo pai. Ou seja, minha quase única função neste período era amamentar. Em resumo, o primeiro ano foi bem tranquilo pra mim. Vale ressaltar que meu marido sempre continuou um pai muito presente e prestativo. Comparecia em todas as consultas do pediatra e pelo fato de ter seu próprio escritório, sempre chegava por volta das 17:00hs e me ajudava em tudo. E geralmente nos finais de semana, como eu sempre precisava fazer compras mais demoradas, ou alguma consulta médica, ele ficava com o X enquanto eu saía.”

Nos três relatos são mencionados a presença de uma doula como uma pessoa de grande apoio durante todo o processo da gravidez, parto e pós parto. Já que foi difícil para essas mulheres terem a presença de suas mães, que geralmente é uma das figuras feminina de grande apoio para a mulher nessa fase de suas vidas. M1 identifica que sua mãe e sogra já são idosas demais para exercer esse papel sendo que são elas que precisam de cuidados. O marido que a princípio não planeava a estar na hora do parto foi tido como uma figura de grande apoio, sendo uma surpresa e alegria para M1.

No caso de M2 esta recebeu a ajuda da doula somente durante a preparação do parto, no entanto, também contou com o apoio recebido da sua médica e da enfermeira neonatal que a visitaram durante o primeiro mês, para além disso, o marido é outra das pessoas importantes a quem reconhece que tem exercido um papel fundamental. Ela se identifica como preparada para a função materna, onde refere que só recebeu ajuda de sua mãe apenas nos primeiros 20 dias após o nascimento do seu bebê, sendo capaz de se orientar sozinha posteriormente. No caso de M3, cuja mãe já era falecida, a doula, para além de ter fornecido um apoio ao nível informativo e ter dado um certo suporte emocional, parece também ter adquirido uma representação materna. M3 destaca o marido como também uma figura de apoio muito importante, que a acompanhou em todo o processo., inclusive nas aulas de yoga, como ela descreve que ele era o único homem na aula.

9. Sexualidade

(M1): “Bem no início da gravidez, havendo libido, éramos parcimoniosos nas relações sexuais, pois eu tinha tido um aborto recentemente, e havia entendidos

que afirmavam que isso poderia ser causa de aborto nas primeiras doze semanas de gravidez. Depois a doula e a parteira desmistificaram e voltamos a manter relações sexuais como habitualmente. Nessa altura, tanto eu como o pai estávamos em casa de baixa, eu por gravidez de risco, ele por ter tido um acidente em serviço.

“Após o nascimento da minha filha, a recuperação foi complexa e todo o períneo estava dorido, pois a cicatriz da episiotomia demorou muito tempo a cicatrizar e aconteceu uma coisa rara: o meu organismo não absorveu a linha da sutura. Portanto este ‘pequeno pormenor’ demorou a retomada da vida sexual.”

(M2): “Durante a gravidez minha libido se manteve, mas meu marido não se sentia à vontade, principalmente depois que a barriga foi crescendo mais, acho que medo de machucar o bebê ou constrangimento mesmo, não tenho certeza. Não sei dizer se me sentia mais ou menos sexy, acho que igual, mas me sentia muito linda. Depois que tive o X, entretanto, minha libido caiu totalmente e demorou muito até recuperar minha vontade de ter relações sexuais de novo.”

(M3): “Não me lembro muito bem, mas a falta de vontade sexual iniciou por volta do 7º mês quando comecei a ter dores terríveis no nervo ciático. Minha coxa esquerda formigava, minha perna doía e eu acabava dormindo num outro colchão, porque me mexia muito. Não tinha muita preocupação com relação a ‘machucar o bebê’, mas eu sentia meu corpo mais sensível, principalmente na região genital, no colo do útero. Na verdade minha preocupação maior era em não sentir dor na relação, pois sentia um certo incômodo. A minha excitação, porém, permanecia, tanto que por várias vezes me masturbei.”

“Meu marido não forçou nada. Aguentou esses longos meses quase sem nada (acho que chegamos a ficar até 2 meses sem fazer sexo) e mesmo depois retornando, a relação não voltou a ser a mesma.”

“Em parte, eu acabei me afastando por dois motivos: um porque eu engordei demais na gravidez e mesmo emagrecendo bastante depois, fiquei com um corpo muito diferente do que eu tinha.”

“Quando meu marido me conheceu, eu tinha um corpo perfeito. Era magra, ‘durinha’, jovem.”

“Me faz pensar como meu marido vai me desejar assim? Uma ‘senhora’ de quase 45 anos?? Com um corpo feio, velho . . .”

Hoje me olho no espelho e vejo os sinais da idade. E o pior: eu olho no espelho e vejo minha mãe. Vejo seu corpo refletido. Seus seios, sua barriga, sua postura . . .”

“Porém, após o parto, meu desejo sexual sumiu por completo. E pra ser sincera, perdura até hoje. Não sei se por alterações hormonais, ou por cansaço, ou por qualquer outro motivo, mas por meses eu não sentia a mínima vontade de ter relações sexuais. Mais uma vez, como sempre, meu marido foi compreensivo e soube respeitar meu tempo. E aos poucos fomos retomando nossa intimidade. Não vou mentir, não voltou a ser como era antes. Agora a prioridade sempre é o X, tanto da minha parte como da dele, mas nosso casamento está sólido como sempre, com muito respeito e amor. Acredito que a ida do X para a escola e esse

tempo que terei para cuidar de mim serão muito benéficos, pois me darão uma auto-estima maior que refletirá em meu relacionamento.”

Nos três casos foi mencionado que houve uma alteração nas relações sexuais durante e depois da gravidez. Nos relatos de M1 e M2 foram referidos que os maridos sentiram uma preocupação ou receio que a atividade sexual pudesse fazer mal ao bebê. Sendo este fator um aspeto psicológico que pode perturbar a relação do casal. Por parte das três mulheres houve uma diminuição do desejo sexual, que pode ser devido as alterações hormonais e fisiológicas durante a gravidez, outros fatores são o próprio cansaço, a sensibilidade em diversas partes do corpo e as dores comuns no período gravídico. No caso de M3 há um aspeto que parece não estar diretamente associado à gravidez mas com o fator da idade avançada e a diminuição da sua auto-estima associada às mudanças do seu aspeto físico M3 sente que houve grandes alterações no seu corpo, que está a envelhecer e que depois da gravidez os sinais de envelhecimento parecem ter sido mais acentuados, o que tem dificultado o regresso às relações sexuais. Há ainda outro fator agravante que é o facto de sua comparação do seu corpo com o de sua mãe, o que parece trazer-lhe angústia e conflitos, intensificando ainda mais as suas dificuldades com as questões do seu próprio corpo e da relação sexual.

10. O trabalho e a maternidade

(M1): “A diferença pela positiva de ser mãe tardia, no que respeita ao trabalho é muito importante e favorável à minha filha. Quando era mais jovem, a minha situação profissional era muito delicada. Eu precisei investir muito para me afirmar: tive de ter disponibilidade 24h/24h, inclusive em viagens longas e tortuosas . . . aceitar o risco sem questionar, sob pena de receber o rótulo de incompetente ou de não ter perfil adequado à profissão. Agora, já não tenho essa necessidade. Sempre que preciso de cuidar da minha filha assumo e vou. Se for necessário atestado médico ou férias, faço. Mas priorizo o cuidado materno sobre o profissional, sem qualquer hesitação!”

“O regresso ao trabalho, representou uma perda. Foi uma laceração dolorosa no cordão umbilical que ainda me ligava à minha filha, embora ainda continuemos fisicamente unidas pela amamentação. Foi uma fase dolorosa em que foi urgente trabalhar o desapego, entre outras coisas. Passar várias horas seguidas sem estar perto da minha filha, era uma ideia inconcebível.”

(M2): “Profissionalmente, vivo hoje um recomeço. Não por ser mãe tardiamente, mas por ser mãe e querer me dedicar também a ele. Além disso, como meu marido mudou de novo de emprego e terei que recomeçar tudo outra vez. Divulgação, clientela, estruturação de um novo espaço etc.

“ . . . com o meu afastamento da clínica, muitos alunos saíram, e a vida financeira ficava mais e mais comprometida. Apesar disso, X e eu tínhamos um vínculo maravilhoso . . . ”

(M3): “ . . . fui conduzindo a minha gravidez da forma mais equilibrada possível. Reduzi minha carga de trabalho, passei a praticar yoga para gestantes, melhorei minha alimentação e li, li, li muito e fiz muitos cursos.”

“ . . . fiz a opção de parar de trabalhar quando o X nasceu.”

As três mulheres estavam a trabalhar quando engravidaram, apenas M1 foi afastada do seu trabalho por ter uma gravidez considerada de risco. Porém essa oportunidade de ter mais tempo livre, que permitiu-lhe desfrutar muito mais da sua gravidez e se preparar para as próximas etapas. Nenhuma delas revela que houve danos em suas carreiras profissionais por causa da maternidade. Apenas no caso de M2 que com a chegada do seu bebê, o seu afastamento do trabalho, causou-lhe um certo comprometimento da sua situação financeira, mas não se observa nenhuma angústia ou pressão para o retorno ao trabalho. É percebido que M2 identifica esse tempo longe do trabalho como uma compensação para viver a maternidade e desenvolver um laço afetivo mais profundo com seu filho. No caso de M3 parece ter sido mais fácil, já que ela teve condições financeiras para deixar o trabalho para cuidar do seu filho e poder vivenciar a maternidade em sua plenitude. Sendo, diferente para M1 que precisava regressar ao trabalho, já que sente que está sobre si responsabilidade não apenas de ser mãe mas também de pai, depois do seu divórcio. M1 viu a sua visão em relação ao trabalho sendo alterada, com o nascimento da filha, antes o trabalho estava em primeiro lugar, hoje, ela prioriza o seu tempo para estar com sua filha. Embora, sinta-se triste por passar muitas horas longe de sua filha, ela parece conciliar muito bem as duas funções: trabalhadora e mãe.

Capítulo 6: Discussão: diálogo com a literatura

Após a análise dos constituintes essenciais encontrados neste presente estudo, referente ao fenómeno investigado da experiência da primiparidade tardia, pretendemos compará-los com a literatura, para melhor compreender como este fenómeno é percebido por outros investigadores de forma a discutirmos os nossos resultados.

As unidades de significado de cada participante são identificadas pelo código da representação das participantes (M1, M2 e M3) e os seus respetivos números.

O significado de ser mãe inclui não apenas a descrição da vivência de ser ou tornar-se mãe, mas como e quando aconteceu o processo de aquisição dessa nova identidade e como foi sentido essa experiência. Segundo Scavone (2001), as razões da decisão de uma mulher desejar ser mãe estão relacionadas com os fatores biológico, psicológico e social. Por exemplo, segundo o relato de M2 a experiência de ser mãe, mostrou-lhe o que é doar-se e a capacidade de amadurecimento e desenvolvimento pessoal, assim como a continuação da sua história e a de sua família. Apesar de M2 não ter planeado a gravidez, parece que esse desejo já estava subjacente em seus pensamentos e sentimentos (M2: 13 & 16).

O estudo feito por Stern (Stern et al. 2005) revelou que a maior parte das mulheres se sentem mães num processo gradual, que pode começar durante os meses da gravidez ou pode surgir no momento do parto ou com os primeiros cuidados maternos. Na narrativa de M1 vê-se que ela se sentiu mãe durante a observação dos pequenos gestos de seu bebé, nas tarefas maternas no dia-a-dia e nos momentos que foram compartilhados juntos (M1: 2).

M3 descreve detalhadamente essas tarefas maternas e o significado de tornar-se mãe, considerando que não houve um momento exato, mas sim uma sequência de acontecimentos que começou no nascimento, prosseguindo com os primeiros cuidados e com o desenvolvimento da relação mãe-filho (M3: 43).

Em relação ao adiamento da maternidade verificam-se alguns fatores entre os quais se destacam: as circunstâncias de vida pessoal, a situação marital e as condições socioeconómicas da mulher ou do casal (Parada & Tonete, 2009). Nesta amostra esses aspetos ficam claros em M3, sendo que o retardamento da sua vivência da maternidade estava relacionado com questões familiares, especificamente o envelhecimento dos seus

país e as condições económicas e de maturidade do marido, ou ainda, devido às circunstâncias em que esteve envolvida durante o seu período fértil (M3:10 & 13).

Outro aspeto pertinente nos dias atuais em relação ao adiamento da maternidade, é o interesse colocado pela mulher na construção de uma carreira profissional como um meio de obter sua independência financeira (Dion, 1995; Zavaschi, Costa, Brunstein, Kruter; Estrella, 1999; Panagopolous et al., 2006 & Barbosa & Rocha- Coutinho, 2007). Este aspeto está patente nas três mulheres, tendo todas elas estudo superior e uma carreira profissional estabelecida quando engravidaram. Isso nos mostra que elas sentiram a necessidade de dar prioridade aos seus estudos e o estabelecimento das suas carreiras. Segundo alguns autores, as mulheres no século atual investem mais tempo nessas questões para depois pensar em ter um filho (Andrade, et al., 2004; Parada & Tonete, 2009).

A vivência da gravidez para estas três mulheres foi descrita como um período de preparação física e psicológica para as etapas seguintes. Segundo Colman e Colman (1994), a gravidez é considerada como uma fase de transformação no corpo, na identidade e nas relações da mulher, onde se verifica grandes mudanças e ajustamentos físicos e psicológicos. Neste estudo, há um outro fator que intensifica ainda mais esses aspetos, que é a idade tardia, que é considerada pela medicina como uma gravidez de risco. Colman e Colman (1994) descrevem as principais alterações físicas na gravidez como: enjoos, náuseas, inchaços nos seios, insónia, cansaço e outros. Já a nível psicológico é comum em muitas mulheres grávidas sentirem *stress*, ansiedade, medos e até depressão (Canavarro, 2006; Colman e Colman, 1994; Soifer, 1991). Esses aspetos não foram relatados por nenhuma das três mulheres aqui neste estudo. Pelo contrário, elas descreveram que estavam satisfeitas, realizadas e felizes. Apesar de M1 ter tido uma gravidez de risco, devido a um aborto espontâneo, meses anterior a esta gravidez, não foi relatado nenhum problema em particular, mas sim que o ter estado afastada do trabalho, lhe permitiu usufruir de tempo livre para os cuidados com a gravidez e para a preparação para as tarefas da maternidade. Embora M1 demonstrasse que estava feliz e satisfeita, é observado também uma dificuldade em aceitar o término da gravidez, o que parece revelar que houve medo do parto, aspeto esse que foi, aliás, um dos seus motivos apontados para o adiamento da maternidade (M1: 14, 18, 22 & 23). Para M2, a gravidez foi um acontecimento inesperado porém, vivenciada de forma muito positiva, tendo considerado que a gestação foi um período de preparação física e mental, através das atividades físicas e dos estudos sobre os processos da gravidez e da maternidade (M2:

8). Apesar de M3 expressar estar feliz pela gravidez tão desejada e esperada, estão presentes alguns medos associados à gravidez, entre eles, o medo de ter um aborto espontâneo e uma preocupação em relação ao estado de saúde e desenvolvimento do feto (M3: 15, 16 & 17), preocupações essas associadas à história da gravidez da sua própria mãe.

Segundo alguns autores, a gravidez é considerada uma fase de preparação psicológica necessária para a maternidade (Brazelton & Cramer, 1992; Raphael-Leff, 1997, Stern et al., 2005). É observado que todas as três mulheres se preocuparam quer com a preparação física, através de alimentação saudável, caminhadas, aulas de yoga e outras atividades físicas para gestantes, quer como uma preparação informativa e emocional através do serviço das doulas (M1: 3, 24 & 27; M2: 8, 10; M3: 17)

A gravidez, como já referido, é uma fase de grandes mudanças. Em relação às alterações no corpo, as três mulheres relatam sentirem-se belas com essas alterações durante a gravidez. Em M1 e M3 foi também expresso uma preocupação em relação às alterações de peso por causa da gravidez, no caso de M1 aconteceu antes da gravidez, sendo que essa preocupação foi um dos motivos do adiamento da maternidade (M1: 16). Em M3 essa preocupação foi observada após a gestação, onde relata que engordou muito durante a gravidez e que o facto de não ser jovem dificultou o processo de recuperação do peso anterior à gravidez. Segundo Canavarro (2006), o corpo grávido está fora do controlo da mulher e isso, é visto como algo negativo, uma vez que deixam de ter um controlo sobre o peso que ganham e as novas formas corporais que se desenvolvem. Muitas mulheres consideram as transformações corporais na gravidez como negativas, sentindo-se muitas vezes menos atraentes fisicamente e sexualmente. M1 revela ter tido uma preocupação com a estética antes de engravidar, mas que depois do acontecimento da gravidez sente as transformações no seu corpo grávido como positivas (M1: 16). Isso pode indicar que, quando há uma aceitação pela gravidez, as modificações no corpo da mulher são aceites mais facilmente. Colman e Colman (1994) afirmam que quando a mulher grávida aceita a gravidez e aceita o feto dentro de si, as transformações no corpo são tidas como um processo natural. As três mulheres deste estudo expressam uma satisfação diante das transformações no seu corpo grávido. Embora M3 relata estar feliz em tornar-se mãe e sentir saudades da barriga grande durante a gravidez, parece haver outros elementos que dificultam a aceitação das mudanças corporais depois da gravidez (M3: 1, 4 & 37).

Um estudo qualitativo que fez uma comparação entre 40 grávidas com mais de 35 anos de idade e um grupo de controlo com 40 grávidas de idade inferior aos 35 anos, foi constatado uma maior insatisfação com as alterações no corpo durante a gravidez no grupo das mulheres mais velhas (Faria & Ramos, 2012). Neste sentido, no caso de M3 parece que para além de suas questões pessoais em aceitar as alterações no seu corpo durante a gravidez, há também uma probabilidade que o fator “idade tardia” tenha maximizado a percepção negativa das suas mudanças corporais.

A satisfação das mulheres grávidas está para além do corpo. Apesar delas terem achado lindo o crescimento da barriga e do peito, há uma beleza que surge não apenas dessas transformações corporais, mas do desenvolvimento dos sentimentos maternos. Para Colman e Colman (1994), a gravidez é vista como um símbolo de potência feminina, ou seja, do narcisismo da mulher, pelo facto desta, ter a capacidade de desenvolver e carregar o seu filho no ventre. Em sintonia com esta ideia, Canavarro (2006) afirma que o corpo grávido é uma prova da perfeita funcionalidade do corpo feminino. A valorização e a satisfação do corpo grávido são expressos nas narrativas das participantes através das sensações de admiração diante do crescimento da barriga, que parece comprovar e simbolizar o estado de transição para a maternidade.

Os fatores idade e maternidade são aspetos precisamente investigados neste estudo, sendo que a literatura sobre a maternidade considera que a mulher na sociedade ocidental vêm experienciado a maternidade em idades mais avançadas, devido ao facto de priorizarem o tempo para a formação universitária e a consolidação de uma carreira profissional, o que para alguns autores isso é visto como as vantagens na maternidade tardia, já que elas se sentem mais seguras e independentes (De Vore 1983; Dion 1995 & Postmontier 2002). Das três mulheres aqui neste estudo, apenas M3 refere sentir que vive uma maternidade tardia, apesar de admitir que há vantagens em ser mãe com idade avançada, como o já ter uma carreira profissional e uma independência financeira (M3:4 & 28). Para M1 e M2, a maternidade foi sentida como estando a acontecer no momento certo para vivenciar essa nova identidade, na medida em que se consideram mais maduras e autoconfiantes para lidar com as tarefas da maternidade, para além de considerarem que têm uma melhor estabilidade ao nível profissional e financeiro que funciona como uma base segura para o nascimento de um filho (M1: 30 – 32 & M2: 11, 14, 15, 17). Esses dados estão em concordância com o estudo de Winslow (1987), que investigou primíparas de idades diferentes, onde foi observado que as mulheres mais velhas consideram estarem melhor preparadas para a maternidade, considerando que a

sua idade é o momento mais apropriado para serem mães. Por outro lado, foi observado em M2 e M3 uma preocupação em comum, centrada no envelhecimento do corpo e na fragilidade da saúde associada à idade, bem como preocupações ao nível da estética (M2: 14 & M3: 28).

Em relação a vivência do parto, as três mulheres descrevem que viveram este evento de forma intensa e consciente, sendo considerado por elas um momento sublime, único e transformador. Tendo como aspeto similar entre as três mulheres, o desejo dum tipo do parto, por elas denominado como um parto humanizado, caracterizado por ser um processo participativo e dinâmico, que envolve a escolha do local e a seleção das pessoas para estarem presentes nesse momento. A casa foi o local escolhido por todas, sendo considerado um ambiente familiar, acolhedor e cheio de simbolismo. As pessoas escolhidas para estarem presentes foram a doula e o marido (M1: 40 - 42; M2: 10 & 22; M3: 21).

Dos relatos das três mulheres do nosso estudo, ressalta a vivência do parto como um evento marcante, cujos detalhes elas ainda se lembram, sentindo saudades desse momento que despertou diversos sentimentos por esse momento inesquecível de transição e transformação na vida da mulher, do casal e de toda a família, onde esta se vê confrontada com uma reflexão sobre a sua própria existência.

Os estudos de Stern e colaboradores (2005), afirmam que o parto é um momento que as mulheres vivem tão intensamente, que são capazes de lembrar por muito tempo de todo o processo e seus pormenores (M1: 36 – 44; M2: 22 -25; M3: 21 – 23). Esse aspeto é visto nas narrativas detalhadas de suas vivências desse acontecimento. Birksted-Breen (2000) traduz essa experiência quando diz que depois do parto a mulher jamais será a mesma. A maturidade, a idade avançada e a preparação para o parto foram os principais fatores que ajudaram essas mulheres a vivenciar o parto de uma forma consciente e com plenitude. Segundo Maldonado (1986; Figueiredo et al., 2002), as grávidas que tiveram acesso a informação antecipada sobre o parto e aprenderam a usar técnica de respiração e relaxamento como forma de descondicar o medo, vivenciaram o parto de uma forma mais tranquila e com menos dores.

Neste estudo, as três mulheres tiveram o cuidado de procurar informações especializadas, o que possibilitou a inserção em cursos específicos de preparação para o parto e para a maternidade. Além disso tiveram acesso a uma doula que lhes facultou todas as informações e que foi responsável pelos cuidados e pela preparação física das mesmas. Acrescenta-se ainda o cuidado que tiveram ao nível da adoção de um estilo de

vida mais saudável, com o aumento da atividade física, onde foram incluídos exercícios e práticas específicas para grávidas, e a escolha por uma alimentação mais equilibrada de modo a fornecer os nutrientes necessários à própria mulher e ao bebê. No estudo que Rautava (1989) realizou com amostra de 1443 grávidas comparando o nível de conhecimento da mulher sobre o parto e o seu nível educacional, observou que as grávidas com alto nível de preparação e conhecimento sobre o parto foram aquelas com maior nível educacional, o que se identificou também no presente estudo.

Apesar de não ter sido possível para M1 e M3 ter o parto em casa, como desejavam e planeavam, pela necessidade de recorrerem ao hospital e efetuar uma intervenção cirúrgica (no caso de M3), este não deixou de ser vivido como uma experiência positiva. Isso pode ser atribuído ao trabalho prévio que tinha sido efetuado, tanto ao nível informativo como ao nível da preparação física e emocional. Segundo a literatura médica, o índice de cesarianas entre as primíparas, principalmente as mais velhas, é mais alto do que noutros grupos de parturiente (Cecatti et al., 1998; Andrade et al., 2004 & Santos, et al., 2009), sendo a idade um dos elementos determinantes para o tipo de parto adotado pelos médicos. Parece-nos que independentemente do tipo de parto, se a mulher estiver preparada ao nível psicológico para as mudanças associadas à gravidez e para o momento do parto, há uma indicação para que a experiência do parto e a vivência da maternidade sejam sentidas como positivas.

No constituinte sobre a vivência da maternidade estão inseridos os seguintes aspetos: a relação da mulher com seu bebê a partir do seu nascimento; a vivência dos cuidados maternos; a perceção sobre o desenvolvimento da sua criança; as reflexões sobre o modo como as suas vivências enquanto filha influencia o desempenho do papel de mãe; o papel do seu companheiro nesse processo da chegada do terceiro elemento da relação conjugal. Para alguns autores a chegada de um bebê na vida de uma mulher e do casal provoca muitas mudanças e ajustes nas suas vidas por inteiro (Colman & Colman, 1994; Maldonado, 1986). A maternidade também é considerada como uma fase essencial no ciclo de desenvolvimento da mulher, ou seja, uma das tarefas de desenvolvimento mais significativa na vida adulta. Segundo as teorias da psicologia do desenvolvimento do adulto, a maternidade é caracterizada como o ponto de maior crescimento na vida de uma mulher (Canavarro, 2006 & Fidalgo, 2003). Esta dimensão do desenvolvimento pessoal é referida pelas participantes, através das suas experiências da maternidade, sendo que M1 vivencia a maternidade como um processo de crescimento e autodesenvolvimento, (M1: 1 & 32). Para M2 a maternidade é o caminho

da própria evolução (M2:16). M3 sente orgulho e prazer pela maternidade, nomeadamente, pela sua capacidade de cuidar de um ser totalmente dependente dela (M3:43).

Nos relatos das três participantes, observa-se que a idade avançada é um fator importante nas experiências da maternidade dessas mulheres, principalmente no caso de M1 que havia planeado a maternidade juntamente com o marido, mas logo após o nascimento do seu bebé aconteceu o divórcio, vindo M1 a exercer o duplo papel de mãe e pai (M1:5). M1 também refere que se fosse mãe mais jovem a experiência da maternidade seria muito diferente do que ela vive hoje (M1 30 & 31). Mesmo para M2 que não planeou a gravidez, a experiência da maternidade é vivida por ela e também pelo seu marido de uma forma plena, sendo relatados os momentos mais difíceis na maternidade, os primeiros dias, com a preocupação dos primeiros cuidados (M2: 1, 2, 27 & 28). Esse aspeto é considerado comum a quase todas as mulheres, principalmente para as primíparas, por ser uma experiência nova em suas vidas (Maldonado, 1986).

Em relação às dificuldades sentidas na fase atual da maternidade, M2 e M3, estão a viver uma fase de reflexão das suas experiências precoces com seus pais (M2:31; M3: 28 & 37). Segundo Colman e Colman (1994), quando as mulheres passam da condição de filha para também de mãe, elas tendem a reavaliar a sua relação com seus pais e, mais precisamente, com sua mãe. Isso se deve a uma busca de um modelo próprio da maternidade. Canavarro (2006) afirma que o desenvolvimento da tarefa da maternidade inicia-se desde a gravidez, em que a mulher deve integrar as experiências positivas e negativas que teve como filha, de forma a aceitar as falhas e fracassos de sua mãe, para que possa evitar o conflito e a obsessão de querer fazer tudo oposto à sua mãe. Segundo Maldonado (1986), a maneira como a mulher lida com as mudanças no período da gravidez poderá influenciar fortemente nas experiências da mulher com o bebé.

No caso de M3, o início da sua experiência da maternidade passa pelo formular de perguntas acerca do amor materno: *Este deve ser automático e inato?* A experiência do amor materno para M3, parece acontecer aos poucos com o desenvolvimento gradual da relação entre mãe-filho (M3: 24).

A crença da existência de um sentimento materno inato, que determina à mulher ser mãe e, ao sê-lo, amar automaticamente seus filhos, foi alvo de grande contestação no movimento feminista nos anos 60, existindo grandes debates nas áreas da psicologia, filosofia, sociologia e antropologia sobre essa temática. Para algumas mulheres o bebé

dentro da barriga é considerado um desconhecido, sendo necessário um conhecimento acerca desse novo ser para o estabelecimento gradual de um sentimento materno. Em sintonia a essa ideia, a antropóloga Kitzinger (1978 *in* Fildelgo, 2003) apoiou que a maternidade humana não é nem instintiva, nem automática, mas que é necessária uma aprendizagem. Para Badinter (1985), o amor materno é um mito e que não consiste em um determinismo de um sentimento próprio da mulher. A posição de Shields (1985, *in* Fidalgo, 2003) contesta os autores anteriores, ao afirmar que o instinto materno é natural, consequente das diferenças sexuais entre homens e mulheres, que implicam uma capacidade inata da mulher fornecimento de cuidados ao bebê.

No que diz respeito às alterações tanto físicas quanto emocionais que ocorrem na vida da mulher após o nascimento do seu bebê, principalmente, as primíparas, revelam ter muitas dúvidas sobre como cuidar do bebê (Stern, 2006). Dessa forma, muitas mulheres que estão a viver a primeira experiência da maternidade podem sentir-se desamparadas, inseguras e até mesmo incapazes de lidar com seus filhos. Este aspeto é visto nas três narrativas. As mulheres presentes neste estudo contrataram o serviço de uma doula, o que revela algo muito significativo, uma vez que parece que a doula assumiu um papel para além do comum, ou seja, para além de proporcionar os seus serviços habituais, também serviu como uma figura de grande suporte emocional, tendo assumido a representação de uma figura materna.

A análise das narrativas das participantes confirma a importância salientada em estudos anteriores, sobre a necessidade de existir uma rede de apoio para as novas mães, principalmente de figuras femininas que já são mães, nomeadamente a mãe, a sogra ou outras figuras da família materna (Stern, et. al, 2005). Assim, as figuras principais de apoio foram: a doula, a equipa de saúde e o marido. Apenas M2 menciona ter a ajuda da mãe por um curto período de tempo (M1: 45, 43, 46, 50 & 51; M2:10, 26; M3: 21, 23 & 43).

Segundo o estudo de Figueiredo e colaboradores (1982), a presença do pai do bebê na hora do parto, faz a parturiente sentir-se mais segura e menos ansiosa e preocupada com o estado de saúde do bebê. Esses dados também foram observados nas participantes do presente estudo. As mulheres mencionam a presença do marido na hora do parto, o que elas atribuem ser gratificante e tranquilizador. Para Colman e Colman (1994) a mulher grávida faz uma seletividade de pessoas significativas para lhe prestarem ajuda no parto, nomeadamente a mãe, a irmã ou a sogra, porém há também indicação de que a presença do pai ou de uma outra figura de suporte durante o parto

tem efeitos positivos no bem-estar físico e emocional da mulher. A existência de uma equipa de saúde especializada, a qual elas denominaram de “humanizada”, uma vez que simbolizam respeito e afetos por elas, pelo seu bebé e pelo momento especial que estão a viver, também foi referido como um apoio fundamental.

Nesta dimensão, os dados aqui encontrados corroboram com a literatura, a qual indica que as mães, nos períodos, de gravidez, parto e puerpério estão muito fragilizadas, necessitando de uma matriz de apoio que as ajudem nas etapas iniciais dos primeiros cuidados para que possam assegurar o bem-estar físico e psicológico de ambos, mãe e bebé (Stern, 2006).

Nesta amostra, é assim observado, que a gravidez foi realmente sentida como uma fase de preparação para a maternidade, que é vivenciada como uma fase de grandes desafios. Apesar de serem referidos alguns aspetos negativos em relação à maternidade tardia, entre eles a idade avançada que faz com que se sintam com menos energia e disposição para acompanhar o crescimento de seus filhos, e a falta de apoio de suas mães uma vez que já são idosas e no caso de M3 a mãe já é falecida, esta é encarada como uma vivência positiva, não existindo qualquer relato de arrependimento ou frustração.

No que diz respeito a vivência da sexualidade durante e depois da gravidez nas mulheres nesse estudo, há também um ir ao encontro de estudos anteriores. A maioria dos estudos revela que há um leve declínio do interesse sexual por parte da maioria das mulheres grávidas no primeiro trimestre e uma diminuição forte no último trimestre de gestação (Masters & Johnson, 1966; Sydow, 1998; Colman & Colman, 1994; Bitzer, & Alder, 2000; Witting, 2008).

No estudo de Masters e Johnson (1966), foi encontrado um declínio global do desejo sexual e no desempenho sexual, durante o primeiro trimestre em mulheres primíparas e um nível reduzido entre as múltiparas. Isso pode estar relacionado ao facto da primeira gravidez estar rodeada de incertezas e dúvidas. Para Colman e Colman, (1994) muitos casais têm medo que a relação sexual possa prejudicar o bebé, tal como foi observado em M1 e no marido de M2 (M1:27; M2:9).

Em relação à libido, as três declararam tê-la mantido durante a gravidez, mas a frequência do ato sexual diminuiu por conta de outras variáveis, nomeadamente, o medo de magoar o bebé, as dores e os incómodos da gravidez. No caso de M3 é observado a

existência de alguns incómodos, nomeadamente, no terceiro trimestre da gestação (M3:34). Segundo os estudos de Sydow (1998), a dispareunia⁵ e o medo de magoar o feto são os principais fatores relacionados com os problemas sexuais consequentes da gravidez.

A literatura a cerca da sexualidade no puerpério indica este período como o mais difícil para os casais. Segundo as investigações de Sydow (1998), apenas cerca de 12 a 14% dos casais afirmam não experienciar qualquer dificuldade a este nível. Esta dificuldade pode estar relacionada a fatores físicos e psicológicos. Sendo os físicos, o cansaço, hemorragias, inflamação no períneo ou qualquer tipo de dor. Enquanto os fatores psicológicos estão mais relacionados com o medo da penetração vaginal que podem causar dor, esse medo pode ser visto tanto na mulher quanto no homem. Este aspeto é visto em M1 que teve uma complicação após o parto por conta da episiotomia⁶, o que dificultou a retomada das atividades sexuais (M1:28) após o parto. Tanto M2 (M2:9) como M3 (M3:35), consideram que houve uma diminuição da libido após o parto. Os fatores de explicação deste facto prendem-se com aspetos físicos, como o cansaço e a falta de energia, mas também com o fator psicológico, que parece contribuir ainda mais de uma forma negativa. No caso de M3, verifica-se que esta não se sente mais atraente depois da gravidez (M3: 35, 36, 37 & 38), e que considera a sua imagem um reflexo da sua própria mãe, o que a tem impedido de se ver como alvo de atenção e afeto por parte do marido.

Em suma, é verificado existir uma diminuição do desejo sexual assim como, um decréscimo das relações sexuais durante o período de gravidez, nesta amostra. Estes resultados tornam-se ainda mais salientes após o parto, período em que a atividade sexual se torna ainda mais rara ou praticamente inexistente.

Com o espaço mais alargado das mulheres na sociedade, o emprego e carreira profissional tem influenciado os seus outros papéis, como o materno (Fidalgo, 2003). A generalidade da literatura, acerca do papel da mulher nos tempos atuais revela que o cerne do problema reside no facto de que as mulheres de hoje em dia, já não se realizam, apenas com o exercício da maternidade, como aconteciam nos tempos passados. Elas têm outros interesses, desejos, informações, expectativas e, sobretudo, outras alternativas para se realizarem como mulheres, que não está centrada unicamente

⁵ Um termo médico usado para indicar dor intensa na relação sexual e logo após o ato.

⁶ Uma incisão efetuada na região do períneo

na maternidade. Para as mulheres que têm a ambição ou pretensão de construir uma carreira profissional de sucesso, a maternidade é colocada em segundo plano, ou então elas sentem-se em conflito para conciliar as duas tarefas (Piccinini, et al., 2008; Hewlett, 2008). Esta visão não é identificada nesta amostra, composta por três mulheres, apesar delas terem um nível de educação elevado e já terem conquistado uma carreira profissional no momento que engravidaram, não há indício de que o trabalho ou a carreira sejam a prioridade delas.

Nos relatos das três participantes há uma indicação de que estavam satisfeitas com seus trabalhos, mas com a gravidez passaram a dar prioridade ao tempo que desfrutavam da maternidade e dos cuidados para o seu filho. Isso identifica a maturidade e a segurança do poder de decisão dessas mulheres. Esta questão pode ser atribuída à idade das mulheres. Por exemplo, M1 revela que a idade avançada a ajudou a vivenciar melhor a maternidade e a ver o seu trabalho de uma outra forma, ou seja, apenas como um meio de sustento. Antes era visto como uma oportunidade de mostrar a sua competência, e isso implicava trabalhar arduamente e até colocar-se em situação de risco (M1:29). Devido a esse motivo, o regresso ao trabalho foi visto como uma grande separação do vínculo estabelecido com o seu bebé, o que gerou um sentimento de tristeza por ter que deixar sua filha aos cuidados de outros e estar longe dela devido a causas laborais (M1:53).

Para M2, a questão das mudanças na sua vida profissional não estão relacionadas com a questão da maternidade tardia, mas a um desejo seu de se dedicar exclusivamente aos cuidados maternos (M2: 29). Segundo Smith (1999), esse desejo é previsto acontecer nalgumas mulheres, que se voltam mais para os cuidados com o bebé e situam à parte ou investem menos tempo e atenção noutras tarefas. Esta condição também é vista nos estudos de Stern e colaboradores (2005), continuando no contexto cultural atual, a estar muito presente a ideia de que os cuidados com o bebé é uma função típica da mulher.

No caso de M3 foi feita a opção de parar completamente de trabalhar para cuidar única e exclusivamente do seu bebé, podendo assim desfrutar ao máximo da sua maternidade desde o nascimento até o seu filho começar a ir para escola aos 3 anos de idade. (M3:17, 26 & 32). Ela descreve que esses três anos foram muito importantes para o desenvolvimento da relação mãe-filho, sendo que exerceu a tarefa de “ser mãe” com muita dedicação, *Garanto que é um lindo “trabalho” e não há empresa ou emprego que nos dê tanta realização e orgulho* (M3:43)

A diferença entre M2 e M3 é que no caso de M3 a opção da alteração em sua vida profissional começou desde que engravidou, que inicialmente decidiu diminuir o seu ritmo de trabalho e após o nascimento do bebê ela decidiu parar de trabalhar para se dedicar em tempo integral para cuidar do seu filho. Um dos fatores que contribuíram para a decisão de M3, foi a herança deixada pelos seus pais, que conjuntamente com as suas poupanças permitiram-lhe gozar ao máximo esse momento de sua vida, sem obrigações financeiras que a fizessem sentir a necessidade de regressar ao trabalho, (M3:13). Ao passo que para M2, houve uma situação familiar, em que seu marido mudou de emprego e ela que trabalhava como autônoma, viria a precisar recomeçar as suas funções profissionais e exercer em outra localidade, o que ela aproveitou para se exercer plenamente a função materna (M2:3).

Em resumo, a função materna é a prioridade destas mulheres em relação a outras áreas de suas vidas como a profissional, que foi interrompida ou alterada durante a gravidez e especialmente, após o nascimento do bebê. A vivência da maternidade tardia, para essas mulheres pode ser considerada positiva, embora houvesse alguns aspetos negativos que também são observados em mulheres que viveram os processos da gravidez e maternidade em idades caracterizada como apropriadas, segundo as teorias da medicina.

Conclusão

A revisão dos estudos sobre a primiparidade tardia revelou haver poucas investigações realizadas sobre esta temática numa perspetiva psicológica. Em contraposição, foram encontrados muitos estudos e publicações feitos por profissionais da área da medicina e também por ativistas do movimento feminista. Estas investigações contribuíram para melhor entender os aspetos emocionais e psicológicos relacionados ao fenómeno em estudo, ou seja, como os aspetos fisiológicos, biológicos e sociais influenciam nas questões psicológicas da experiência da maternidade tardia.

A experiência da primeira maternidade poderá ser vivida positivamente se alguns fatores forem considerados, tais como: (1) aceitação da gravidez; (2) preparação psicológica para a maternidade e paternidade; (3) estabelecimento de uma rede de apoio com pessoas que ajude a mulher e/ou o casal a lidar com as dificuldades referentes à inexperiência das tarefas dos cuidados com o bebé; (4) aquisição de estratégias para uma reorganização na relação quotidiana do casal. Tendo em conta que a chegada do terceiro elemento na relação conjugal poderá trazer grandes alterações, principalmente para os casais que estavam há anos sem filhos ou nos casos em que a mulher já não pensava existir esta possibilidade (Colman & Colman, 1994; Stern et al., 2005 & Canavarro, 2006). Este aspetos também foram encontrados na amostra neste estudo, sendo que esses fatores supracitados foram descritos pelas participantes como essenciais em suas experiências na primeira maternidade tardia.

Os aspetos encontrados referentes à experiência da primiparidade tardia estão precisamente relacionados com as questões da maturidade pessoal da mulher, no seu desejo de ser mãe, no seu nível educacional elevado, na sua conquista de uma estabilidade profissional e financeira. Também a necessidade duma relação conjugal estável e segura aparece associada à primiparidade tardia. Em relação ao fator idade avançada, estão associados os pensamentos e sentimentos ambivalentes na vivência da maternidade. Por um lado, a idade avançada produz na mulher a segurança pelos anos de experiência de vida, por outro, provoca uma insegurança, levando-a a questionar-se se terá energia e saúde suficientes para acompanhar o desenvolvimento de seu filho, assim como à preocupação com a aparência física e o envelhecimento do corpo. Outros fatores encontrados nesta amostra, também são considerados comuns à maior parte das mulheres em qualquer idade, tais como: o medo do aborto espontâneo, a preocupação

com o desenvolvimento e a saúde do feto e a insegurança em relação aos primeiros cuidados com o bebê.

A homogeneidade dos dados, como a decisão do tipo parto, a escolha das pessoas para lhes dar apoio antes, durante e depois do parto, a satisfação e realização de tornarem-se mães e a escolha de um serviço especializado, como a doula, para ajudá-las na preparação de todo o processo, da gravidez ao puerpério, podem estar atrelados aos fatores socioculturais, educacionais e informativos, embora, as participantes sejam de nacionalidades diferentes, há similaridade na forma como foram vividas as experiências da gravidez e maternidade tardia. Porém, há também aspectos que as diferenciam, aspectos esses relacionados com a história de vida e familiar, a qualidade de sua relação conjugal e a situação financeira de cada uma.

A análise das narrativas dos três casos revela que, apesar de a idade avançada ser para as mulheres da nossa amostra um fator de preocupação no que diz respeito aos aspectos biológicos e físicos, a maternidade vivida nesta idade não é considerada tardia, mas vivida no momento ideal e apropriado. Isto porque elas se sentiram mais preparadas financeiramente, profissionalmente e emocionalmente o que facilitou as mudanças de papel e de identidade, bem como, o assumir a responsabilidade por um ser que com o seu nascimento, transformou, os seus pensamentos e sentimentos em relação a elas próprias e às suas prioridades.

Segundo a literatura, a gravidez é um período envolto de muitas preocupações e ansiedades. Porém, nos casos deste estudo estes aspectos foram controlados, por haver um suporte a nível emocional e informativo que permitiu às mulheres uma gravidez mais tranquila e segura, sendo considerada como uma fase de preparação física e psicológica para as tarefas da maternidade.

A principal limitação deste estudo está no método de investigação escolhido. Este, se por um lado nos permite a análise da subjetividade da experiência de cada participante, por outro, o tamanho da amostra, não nos permite a generalização dos resultados. Outra limitação está relacionada com a capacidade do olhar analítico e criativo da investigadora para perceber a mensagem das participante e como as transformar em unidades de significado psicológico, sem perder o real significado das experiências relatadas pelas participantes. Porém, pensamos que apesar destas limitações, as experiências vividas, relatadas e analisadas das participantes neste estudo, dão um contributo para a compreensão do fenómeno da primiparidade tardia.

Como supracitado, a literatura disponível a respeito do tema em estudo estava mais focalizada nas áreas da medicina e da sociologia, remetendo para a necessidade de um aprofundamento do tema no âmbito da psicologia, de modo a compreender melhor o fenómeno da maternidade tardia, que é uma realidade em processo de crescimento no mundo inteiro. Tendo sido o foco deste estudo mais centrado na compreensão da perspectiva da mulher, sugerimos para futuras investigações o estudo deste fenómeno, analisado por outras perspectivas, de modo a compreender o fenómeno da primiparidade tardia em diferentes vertentes, nomeadamente: a experiência do marido, e a forma como este acontecimento pode influenciar a vida do casal e a estrutura de toda a família.

Referências Bibliográficas

- Adashek, J. S., Peacemen, A. M., Lopez-Zeno, J. A., Minogue, P. & Socol, M. L. (1993). Factors contributing to the increased cesarean birth rate in older parturient women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 169: 936-940.
- Amatuzzi, M. M. (2007). Pesquisa fenomenológica em Psicologia. In M. A. T. Bruns & A. F. Holanda. *Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectiva* (2ª ed., pp. 17-25). Campinas, São Paulo: Alínea.
- Andrade, C. P., Linhares J., Martinelli, S., Antonini, M., Lippi, G.U. & Fausto, F., Baracat, F. F. (2004). Resultados Perinatais em Grávidas com mais de 35 Anos: Estudo Controlado. *RBGO* 26(9): 697-702. Retrieved from: www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n9/a04v26n9.pdf
- Azevedo, K. R. & Arrais, A. R. (2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia Reflexão Crítica*, 19(2): 269-276. Retrieved from: www.scielo.br/pdf/prc/v19n2/a13v19n2.pdf
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*, Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Barbosa, P. Z., & Rocha-Coutinho, M. L. (2007). Maternidade: Novas possibilidades, antigas visões. *Psicologia Clínica*, 19(1): 163-185.
- Bastos, V., Faria, C. (2003). Gravidez em mulheres de idade igual ou superior a 35 anos. *Revista do hospital de crianças Maria Pia. Nascer e crescer*. Vo. 12, N 4, Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10400.16/586>
- Berkowitz, G. S., Skovron, M. L., Lapinski, R. H., Berkowitz, R. L. (1990). Delayed Childbearing and the Outcome Of Pregnancy. *The New England Journal of Medicine*. doi: 10.1056/NEJM199003083221004

- Biaco, A. Stone, J. Lynch L., Lapinski, R., Berkowitz, G., & Berkowitz, R. L. (1996). Pregnancy outcome at age 40 and older. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 87: 917-922.
- Birksted-Breen, D. (2000). The experience of having a baby: A developmental view. In J. Raphael-Leff (Eds.), *'Spilt milk', perinatal loss and breakdown* (pp. 17-27). London: Institute of Psychoanalysis.
- Bitzer, J. & Alder, J. (2000). Sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Journal of sex education and therapy*, 25(1): 49-58.
- Blickstein, I. (2003). Motherhood at or beyond the edge of reproductive age. *International Journal of Fertility*, 48(1): 17-24.
- Botelho, T. M. & Leal, I. P. (2001). *Personalidade Materna e Prematuridade*. Lisboa: S.N.E. R.
- Braga, M. G., Amazonas, M.C.L.L. (2005) Famílias : Maternidade e Procriação assistida, *Psicologia em Estudo, Maringá*, 10(1): 11-18. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n1/v10n1a02.pdf>
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1989). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interação precoce*. Lisboa: Tamar.
- Brown, L. M. (2010). The relationship between motherhood and professional advancement: Perception versus reality. *Employee Relations*. 32 (5): 470-494.
- Byrd, J. E., Hyde, J. S., DeLamater, J. & Plant, E. A. (1998). Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *Journal of Family Practice*, 47(4): 305-308.
- Callway, L. K., Lust, K., & McIntyre, H. D. (2005). Pregnancy Outcomes in Women of Very Advanced Maternal Age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 60, 562-563.
- Canavarro, M. C. (2006). Gravidez e maternidade. In M. C. Canavarro, *Psicologia da gravidez e maternidade* (2ª ed., pp. 17-49). Coimbra: Quarteto.

- Carolan, M. & Frankowska, M. N. (2010). Advanced maternal age and adverse perinatal outcome: A review of the evidence. *Midwifery*, doi:10.1016/j.midw.2010.07.006
- Carrilho, M & Patrício, L. (2008). A Situação Demográfica recente em Portugal 2001-2007. In *Revista de Estudos Demográficos*. Nº 44. Lisboa: I. N. E.
- Cecatti, J. G., Faúndes, A., Surita, F. G. C. & Aquino, M. M. A. (1998). O Impacto da Idade Materna Avançada sobre os Resultados da Gravidez. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia* 20(7): 389-394. doi:10.1590/S0100-72031998000700004
- Chan, B. C., & Lao, T. T. (2008). Effect of parity and advanced maternal age on obstetric outcome. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, Ireland*, 102(3): 237-241.
- Colman, A. D., Colman, L. L. (1994). *Gravidez - A Experiência Psicológica*. Portugal: Edições Colibri.
- DeVore, N. E. (1983). Parenthood postponed. *American Journal of Nursing*, 83(8): 1160-1163.
- Dimenstein, M. (1997). Representações Sociais da Maternidade de Pacientes e terapeutas: Questões para a prática da psicologia nos Serviços Públicos de Saúde de Teresina-PI/Brasil. *Psicologia e práticas sociais*, Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. Retrieved from: <http://books.scielo.org>.
- Dion, K. K. (1995). Delayed parenthood and women's expectations about the transition to parenthood. *International Journal of Behavioral Development*, 8(2): 315-333.
- Faria, N. A. S. & Ramos, S. A.V. F. (2012). (Re) aprender a ser mãe fora do tempo: o ajustamento materno na gravidez tardia. In *Revista da associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. Retrieved from: <http://www.apeobstetras.org/>
- Favaro, C. (2007). Mulher e família: Um Binômio (quase) Inseparável. In Strey, M. N., Neto, J. A. S. & Horta, R. L. (Org), *Família e Gênero*, Porto Alegre: EDIPUCRS

- Fidalgo, L. (2003). *(RE) Construir a Maternidade Numa Perspectiva Discursiva*, Lisboa: Instituto Piaget.
- Figueiredo, B. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento na maternidade. In I. Soares, *Trajectórias (in) adaptadas de desenvolvimento* (pp. 347-380). Coimbra: Quarteto
- Figueiredo, B., Costa, R., & Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, 2(20): 203-217. Retrieved from: <http://www.scielo.oces.mctes.pt>.
- Figueiredo, E., Costa, M. E., & Morais, M. R. (1982). Pessoas significativas na gravidez: primeiros dados. *Psiquiatria Clínica*, (2): 151-157.
- Frias, A., & Franco, V. (2008). A preparação psicoprofiláctica para o parto e o nascimento do bebé: Estudo Comparativo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Psicologia Evolutiva*, 1: 47-54. Retrieved from: nfad.eu/RevistaINFAD/2008/n1/volumen1/INFAD_010120_47-54.pdf
- Giorgi, A. & Giorgi, B. (2008). Phenomenology. In J. A. Smith (Ed), *Qualitative Psychology: A practical Guide to Research Methods* (2ª. ed., pp.25 -50). London: Sage Publications.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28: 235–260. Retrieved from: <http://philpapers.org/rec/GIOTTP>
- Giorgi, A. (2006). Concerning variations in the application of the phenomenological method. *The Humanistic Psychologist*, 34(4): 305–319. doi: 10.1207/s15473333thp3404_2
- Giorgi, A. & Souza, D. (2010). *Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia*, Portugal: Sociedade Unipessoal.

- Golombok, S. (1992). Psychological functioning in infertility patients. *Human Reproduction*, 7(2): 208-212.
- Gomes, A. G. G., Donelli, T. M. S., Piccinini, C. A. & Lopes, R. C. S. (2008). Maternidade em Idade Avançada: Aspectos Teóricos e Empíricos. *Interação em Psicologia*, 12(1): 99 – 106. Retrieved from: <http://www.ufrgs.br/psicologia/nucleos-e-laboratorios>
- Gottesman, M. M. (1992). Maternal adaptation during pregnancy among adult early middle, and late child bearers: Similarities and differences. *Maternal-Child Nursing Journal*, 20(2): 93-110.
- Graça, L. M. (2000). *Medicina materno fetal* (2ªed). Lisboa: Edições técnicas Lda.
- Grisci, C. L. I. (1994). Ser mãe: produção dele, reprodução dela. In R. S. Cardoso, *É uma mulher*. Petrópolis, Brasil: Vozes.
- Groenewald, T. (2004). A phenomenological research design illustrated. *International Journal of Qualitative Methods*. Retrieved from: http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/3_1/pdf.
- Gusmão, F. A. F., Tavares, E. J. M. & Moreira, L. M. A. (2003). Idade materna e síndrome de Down no Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 19(4): 973-978.
- Hansen, J. P. (1986). Older maternal age and pregnancy outcome: a review of the literature. *Obstet Gynecol Surv.*, 41, 726-742.
- Harker, L. & Thorpe, K. (1992). “The last egg in the basket?” elderly primiparity - A review of findings. *Birth*, 19(1): 23-30.
- Heilman, M. E. & Okimoto, T. G. (2008). Motherhood: A Pontential Source of Bias in Employment Decisions. *Journal Applied Psychology*, 93(1): 189-198.

- Hewlett, S. A. (2002). Executive Woman and the Myth of Having it all. *Harvard Business Review*, 80(4): 66 - 73.
- Hewlett, S.A. (2008). *Maternidade Tardia: mulheres profissionais em busca de realização plena*. Osasco, São Paulo: Editora Novo Século.
- Hintz, H. C. (2001). Novos tempos, novas famílias? Da modernidade a pós modernidade. *Pensando Famílias*, 3, 8-19. Retrieved from: <http://www.susepe.rs.gov.br/upload/136301055>
- Hock, E. & DeMeis, D. (1990). Depression in mothers of infants: the role of maternal employment. *Developmental Psychology*, 26(2): 285-291.
- Hock, E. & Schirtzinger, M. B. (1992). Maternal Separation Anxiety: Its Developmental Course and Relation to Maternal Mental Health. *Child Development*, 63(1): 93-102. Retrieved from: <http://www.jstor.org>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Censo Demográfico Características da população*. Retrieved from: <http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2010>
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho (Anos); Anual - Indicadores Demográficos*. Retrieved from: <http://www.ine.pt/>
- Kikendall, K. A. (1994). Self-discrepancy as an important factor in addressing women's emotional reactions to infertility. *Professional Psychology: Research And Practice*, 25(3): 214-220.
- Kirz, D. S., Dorchester, W. and Freeman, R. K. (1985) Advanced maternal age: The mature gravida. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 152, 7-12.
- Kitzinger, S. (1987). *A experiência de dar à luz*, São Paulo: Martins Fontes.
- Kitzinger, S. (1996). *Mães: Um Estudo Antropológico da Maternidade*. Lisboa: Presença.

- Klaus, M. H. & Kennell, J. H. (1993). *Pais - bebê: A formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kude, V. M. M. (1994). O mito da culpa materna. In R. S. Cardoso, *É uma mulher*, Petrópolis, Brasil: Vozes.
- Langer, M. (1986). *Maternidade e sexo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Leal, I. (2005). Introdução: da Psicologia da Gravidez à Psicologia da Parentalidade. In I. Leal, *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp.9-19). Lisboa: Fim de Século.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Leite, M. P. S. (1996). O homem supérfluo, o pai necessário. In J. Forbes (Eds). *Psicanálise: Problemas ao Feminino*. São Paulo: Papirus.
- Lester, S. (1999). An introduction to phenomenological research. *Taunton UK, Stan Lester Developments*. Retrieved from: www.sld.demon.co.uk/resmethy.pdf
- Lima, L. C. (2010). Idade Materna e Mortalidade Infantil: efeitos nulos, biológicos ou socioeconômicos? *Revista Brasileira Estado e População, Rio de Janeiro*, Vo. 27, N. 1 (Jan./Jun. 2010), 211-226. Retrieved from: www.cienciasdasaude.famerp.br/racs
- Lundgren, I., Wahlberg, V. (1999). The Experience of Pregnancy: A Hermeneutic/Phenomenological Study. *The Journal of Perinatal Education*, 8(3), 12-20. doi: 10.1624/105812499x87196
- Maldonado, M. T. (1986). *Psicologia da Gravidez* (8ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes Ltda.
- Mansur, L. H. (2003). Experiência de Mulheres sem Filhos: a mulher singular no plural. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 23(4): 2-11.
- Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown.
- Mendes, I. M. (2002). *Ligação Materno-Fetal*. Salvador, Brasil: Quarteto.

- Mercer, R. T. (1996). Maternal tasks during pregnancy. In, R. T. Mercer, *Becoming a mother*. New York: Springer Series Focus on Women.
- Moura-Ramos, M. & Canavarro, M. C. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reactividade emocional e psicossomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e 8 meses após o parto. *Análise Psicológica*, 3(25): 399-413. Retrieved from: www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v25n3/v25n3a07
- Ney, A. (1995). *Teoria Feminista e as filosofias do Homem*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R. & Pais A. (2005). Antecipação da experiência de parto: mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1): 7-41.
- Panagopoulos, P., Economou, M., Tagia, M., Siropoulos, N., Doulia-Anagnostaki, P. & Katsetos, C. (2006). Pregnancy outcome in nulliparous women at age >35 in comparison to younger nulliparous women. *Edizioni Internazionali, Roma Giorn. It. Ost. Gin.* Retrieved from: <http://eprints.bice.rm.cnr.it/5289/1/article.pdf>
- Parada, C. M. G. L & Tonete, V. L. P. (2009). Experiência da Gravidez após os 35 anos de mulheres com baixa renda. *Revista de Enfermagem*, (Abr-Jun. 2009), 13(2): 385-92. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a21>
- Piccinini, C. A., Gomes, A.G., De Nardi, T. & Lopes, R. C. S. (2008). Gestação e constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13(1): 61-70.
- Postmontier, B. E. (2002). Antepartum care in the twenty-first century. *Nursing Clinic North America*, 37, 757- 69.
- Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. (2008) *Saúde reprodutiva/Infertilidade Direcção-Geral da Saúde*. Lisboa: DGS. Retrieved from: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/upload/ficheiros/i009862.pdf>

- Prysak, M. Lorenz R. P. & Kisly, A. (1985). Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years and older. *Obstet Gynecol.*, 85, 65-70.
- Randell, B. P. (1993). Growth versus stability: Older primiparous women as a paradigmatic case for persistence. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 518-525.
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rapoport, A. & Piccinini, C.A. (2006). O apoio social e a experiência da maternidade. *Revista Brasileira de Desenvolvimento Humano*, 16(2): 215-225.
- Rautava, P. (1989). The Finnish family competence study: Characteristics of pregnant women with low childbirth knowledge. *Social-Science-and-Medicine*, 29(9): 1105-1109.
- Reece, S. M. (1993). Social support and the early maternal experience of primiparas over 35. *Maternal-Child Nursing Journal*, 21(3): 91-98.
- Rezende, J. (2000). *Obstetricia fundamental* (9ª ed.). Rio de Janeiro: Koogan,
- Robin, M. (2009). Maternal separation anxiety and adaptation of working time. *Pratiques psychologiques*, 15, 191-201.
- Robinson, G. E., Garner, D. M., Gare, D. J. & Crawford, B. (1987). Psychological adaptation to pregnancy in childless women more than 35 years of age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 156(2): 328-333.
- Rocha-Coutinho, M. L. (2003). O papel de homens e mulheres na família: Podemos falar em reestruturação? *Psicologia Clínica*, 15(2): 93-107.
- Rocha-Coutinho, M.L. & Rocha-Coutinho, R.R. (2011). Mulheres Brasileiras em posição de liderança: novas perspectivas para antigos desafios. *Revista Económica Global e Gestão*, 16 (1): 61-80.
- Rubin, R. (1984). *Maternal identity and the maternal experience*. New York: Springer.

- Sá, E. (2004). *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Fim de Século.
- Santos, G. H. N., Martins, M. G., Sousa, M. S. & Batalha, S. J. C. (2009). Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 31(7): 326-34. doi: 10.1590/S0100-72032009000700002
- Scavone, L. (2001). Maternidade: Transformações na família e relações de género. *Interface. Comunicação e Saúde, Educação* 5(8): 47-59.
- Schup, T. R. (2006). *Gravidez após os 40 anos de idade: Análise dos fatores prognósticos para resultados maternos e perinatais adversos*. (Tese de Doutorado) Faculdade de medicina. Universidade de Paulo. São Paulo: Brasil.
- Shelton, N. and Johnson, S. (2006). I think motherhood for me was a bit like a double-edged sword. The narratives of older mothers. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 16(4): 316-330.
- Silva, J. L. P. & Surita, F. G. C. (2009). Idade materna: resultados perinatais e via de parto. *Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia*, 31(7): 321-325.
- Smith, J. (1999). Identity development during the transition to motherhood: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17: 281-299.
- Soifer, R. (1991). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério* (4^a. ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stark, M. A. (1995). Psychosocial Adjustment During Pregnancy: The Experience of Mature Gravidas. *Jognn Clinical Studies*. Retrieved from: <http://deepblue.lib.umich.edu/>
- Stern, D. (2006). *The motherhood Constellation. A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*. London: Karnac

- Stern, D. N., Stern, N. B. & Freeland, A. (2005). Nascimento de uma mãe. A experiência da maternidade. In A. M. Homelet, (2ª ed. e Trad.), *The birth of a mother*. Porto: Ambar.
- Sutcliffe, A. G., Barnes, J., Belsky, J., Gardiner, J. (2012). The health and development of children born to older mothers in the United Kingdom: observational study using longitudinal cohort data. *BMJ*. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e5116>
- Sydow, K. (1998). Sexuality During Pregnancy and After Childbirth: a metacontent Analysis of 59 Studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(1): 27-49. doi: 10.1016/S0022-3999(98)00106-8
- Szapiro, A. M. & Féres-Carneiro, T. (2002). Construção do Feminino Pós Anos Sessenta: O Caso da Maternidade como Produção Independente. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1): 179-188.
- Szeijer, M. Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tarin, J. J., Brines, J., & Cano, A. (1998). Long-term effects of delayed parenthood. *Human Reproduction*, 13(9): 2371-2376.
- Tedesco, J., Zugaib, M., & Quayle, J. (1997). *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Travassos-Rodriguez, F. & Féres-Carneiro, T. (2013). Maternidade tardia e ambivalência: algumas reflexões. *Tempo psicanalítico*, 45(1): 111-121.
- Versellini, P., Zuliane, G., Rognoni, M. T., Trespidi, L., Oldani, S. & Cardinale, A. (1992). Pregnancy at forty and over: A case-control study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 48(3): 191-195. Retrieved from: <http://www.journals.elsevierhealth.com/>
- Von-Koss, M. U. E. (2000). *Feminino + Masculino - Uma nova coreografia para a eterna dança das polaridades*. São Paulo: Escrituras.

- Winnicott, D. W. (2000). A preocupação materna primária In D. W. Winnicott, *Textos selecionados, Da pediatria à psicanálise* (pp.491-498). Rio de Janeiro
- Winslow, W. (1987). First pregnancy after 35: What is the experience? *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 12(2): 92-96.
- Witting, K., Santtila, P., Alanko, K., Harlaar, N., Jern, P., Johansson, A., ... & Sandnabba, N. K. (2008). Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(2), 89-106. doi: 10.1080/00926230701636163
- Yáñez, L. E. O. (2007). Primigesta de edad avanzada. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, Caracas 67(3): 152-166.
- Zalcborg, M. (2003). *A relação mãe e filha*. São Paulo: Editora Elsevier.
- Zavaschi, M. L., Costa, F., Brunstein, C., Kruter, B. C., & Estrella, C. G. (1999). Idade materna avançada: Experiência de uma boa interação. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 21(1): 16-22.

Anexos

Anexo 1: Quadro das participantes

Participantes	M1	M2	M3
Idade da mulher quando teve o bebé	45	42	41
Idade do marido ao nascimento do bebé	47	41	36
Idade atual do bebé	3 anos	3 anos	3 anos
Estado civil durante a gravidez	Casada	Casada	Casada
Escolaridade	Licenciatura em Direito	Licenciatura em Educação Física	Pós-graduação em Administração de Empresas
Profissão	Inspetora da Polícia Judiciária	Educadora de Física	Administradora de Empresas
Trabalha depois do nascimento do bebé	Sim	Não	Não
Gravidez Planeada	Sim	Não	Sim
Gravidez de risco	Sim	Não	Não
Tipo de parto	Normal	Normal	Cesária

Anexo 2: Perguntas para as participantes

Cara participante,

Gostaria de lhe pedir um pouco do seu precioso tempo, para escrever uma reflexão sobre a sua experiência da sua primeira maternidade. Para isso, no âmbito da minha investigação, gostaria que compartilhasse comigo, os aspetos mais importantes dessa sua experiência. Esta investigação tem como objetivo principal: *Investigar o significado para a mulher da experiência na primeira gravidez em idade considerada tardia.*

Para facilitar a sua reflexão, apresentam-se de seguida algumas questões. Na escrita da sua narrativa, não é necessário segui-las ou limitar-se a elas, tendo toda a liberdade para escrever da maneira que sentir que faz mais sentido para si.

- ❖ Qual o significado de tornar-se mãe para si? Como viveu esta experiência durante a gravidez e depois do nascimento do seu filho?
- ❖ Como foi / está a ser a sua experiência de ser mãe em idade tardia? Quais os motivos levaram a ser mãe nesta fase de sua vida?
- ❖ Quais os ajustamentos (pessoal, profissional, social e conjugal) foram necessários realizar em função da gravidez e do nascimento do seu bebé? Pedia-lhe que detalhasse o que mudou e como sentiu com essa mudança?
- ❖ O que você acha sobre a experiência da sua gravidez tardia para o pai do bebé e para as pessoas significativas para si (por exemplo, mãe, pai, irmãos, amigos etc)
- ❖ Em relação à imagem física, o que sentiu em relação à gravidez?

Pedia também, que fornecesse as seguintes informações:

Idade com que engravidou: _____ Idade atual do bebé: _____

Idade do pai do bebé quando engravidou: _____

Estado civil: _____ Habilitações literárias: _____

Trabalha no momento: _____ Profissão: _____

Nacionalidade: _____ País onde mora: _____

Anexo 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Cara participante,

No âmbito de conclusão do meu curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade de Évora (Portugal), estou a realizar uma investigação com supervisão da Prof^a Doutora Constança Biscaia, cujo objetivo é investigar *as experiências na maternidade de primíparas tardias*, isto é, mulheres que tiveram sua primeira gravidez em idade igual ou superior a 35 anos de idade.

A sua participação é voluntária e envolverá a elaboração duma narrativa escrita, a qual será utilizada apenas no contexto desta investigação. Garante-se o total anonimato do material recolhido, do qual serão ocultadas todas as informações que permitam identificá-la.

O seu contributo é fundamental e permitirá alargar a compreensão do fenómeno em estudo.

Qualquer dúvida relativa à essa investigação poderá ser esclarecida pela investigadora através do e-mail: elianaflorespsi@gmail.com.

Agradecendo desde já a sua participação na realização deste estudo.

Eliana Flores Jacobsen
(M10446)

Local e data
Portugal, 02/01/2014

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido toda informação necessária.

Assinatura da participante

Local e data

Anexo 4: Tabelas das unidades de significados das participantes:

Transformação das Unidades de Significado em Expressões de Carácter Psicológico.

Participante: M1	
Unidade de Significado	Unidade de significado Psicológico
1. “Ser mãe, sem sombra de dúvida, um grande processo de crescimento e autodesenvolvimento.”	1. A experiência de tornar-se mãe transcende os aspeto físico, emocional e social, mas como um processo de desenvolvimento pessoal
2. “Constantemente, sou chamada a tomar consciência das minhas reacções aos pequenos gestos da minha filha, em momentos, (aparentemente) tão banais como a hora do banho e a hora da refeição, tanto no início em que era necessário segurar a bebé no banho, como agora que já brinca efusivamente na banheira, muitas vezes transformando-a em piscina; tanto no primeiro meio ano de vida, em que a alimentação era exclusivamente leite materno, como agora que já se alimenta de (quase) tudo, e com a sua própria mão, na maioria das vezes; até os momentos de amamentação são geridos, muitas vezes pela bebé, que já sabe como “abrir a porta” (<i>sic</i>) da roupa e escolher qual mama prefere “e’ta não, out’a!” (<i>sic</i>)”	2. A percepção de si e de suas atitudes face ao desenvolvimento do seu bebé. A tomada de consciência da maternidade não apenas pela relação mãe-bebé mas pelo próprio comportamento do seu bebé.
3. “Como foi uma experiência desejada e programada, embora não tenha acontecido no dia exacto da tomada da decisão, houve um processo de purificação do corpo, por meio de alimentação, e por meio de massagem shiatsu, para além da prática de Yoga (nomeadamente Yoga Terapia Hormonal) e meditação”	3. A vivência de tonar-se mãe vai para além do emocional, o desejo de ser mãe, incluindo uma preparação no corpo e na mente para a experiência da maternidade
4. “Também pesou um pouco a questão estética: via tantas mulheres engordarem desmesuradamente durante a gravidez e manterem o peso após o nascimento dos filhos e perderem agilidade. Isto era	4. Antes de engravidar havia uma preocupação com a estética (o aumento do peso e a beleza do seu corpo). Porém, essa mãe revela ter encontrado uma beleza no seu corpo grávido. Sendo considerada para ela

<p>inconcebível para mim. Porém, mergulhada no processo de gravidez e à medida que a barriga (e as mamas!) ia crescendo, uma beleza rara e indescritível desabrochava. Os padrões de estética são bem diferentes na gravidez e brotava do interior com um caudal abundante. Senti-me muito bela do primeiro ao último dia.”</p>	<p>uma experiência muito linda e positiva.</p>
<p>5. “Com o divórcio, a minha experiência de maternidade está a ser o grande centro da minha vida. ... estou a fazer tudo para ‘compensar’ a minha filha, sendo mãe-pai para ela. Faço a minha vida em função dela.”</p>	<p>5. Apesar de ter planeado uma gravidez a dois, o divórcio acontece logo após o nascimento do seu bebé, sendo a maternidade sentida como uma função unilateral.</p>
<p>6. “Eu não sonhei viver este tipo de maternidade (sem a participação do marido), mas está a ser muito gratificante e intenso.”</p>	<p>6. Apesar de sentir que o seu sonho de ser mãe foi arruinado, há aqui, energia para viver a sua experiência da maternidade com muita intensidade e gratidão.</p>
<p>7. “...estou a fazer um bom trabalho, no sentido de a formar como ser adequado na sociedade, onde quer que ela se encontre.”</p>	<p>7. Sentimento de estar a formar e educar um ser em conformidade aos padrões da sociedade onde vive.</p>
<p>8. “O lado positivo de estar sozinha com ela é que ela tem a oportunidade de ir comigo a certos eventos aos quais não iria - se continuasse casada com o pai dela”</p>	<p>8. A vivência da maternidade sem a participação direta do pai da criança é também vista sob uma perspectiva positiva.</p>
<p>9. “É uma ligação muito intensa, física, ainda que não seja umbilical: como ela ainda mama, passamos muito tempo unidas, literalmente.”</p>	<p>9. Para M1 o amamentar é uma experiência sentida para além do contacto físico, mas também um momento de grande interação entre mãe-filha, uma forte ligação quase simbiótica.</p>
<p>10. “O grande peso desta situação de ser mãe sozinha é haver alguns momentos em que há coisas a fazer (cozinhar ou preparar para sair com hora marcada) e ela querer mama, ou simplesmente querer colo, por vezes reclama a minha presença ao lado dela para brincar com ... Ela descobriu que pode brincar na cozinha perto de mim, que estou sempre a falar com ela, a</p>	<p>10. M1 revela sentir-se sozinha nesta tarefa da maternidade, em que se houvesse uma outra pessoa para ajudá-la, tanto ela como sua filha seria beneficiadas.</p>

explicar-lhe o que faço.”	
11. “. . . o projecto maternidade-paternidade, se transformou em projecto maternidade, com a particularidade de ser uma mãe-madura-solteira, com todos os desafios, ajustamentos, desapegos que isso implica.”	11. O projeto inicialmente planeado a dois, agora é vivido como uma mãe solteira e já com idade avançada, sendo para M1 um grande desafio.
12. “Em suma, estou em paz e feliz com ela, embora cansada e às vezes sinto-me sozinha e des apoiada. Porém, basta ela dar-me um abraço muito apertado e recupero a energia.”	12. M1 revela que apesar de sentir-se pouco apoiada nesse momento tão importante em que sua criança ainda é tão pequenina e tão dependente dos pais, ela assume o papel integral dos genitores e demonstra que apesar das dificuldades do momento, parece estar satisfeita e realizada com a experiência de tornar-se mãe.
13. “Tirando o cansaço por não ter ninguém por perto para partilhar a atenção dada à minha filha ou a partilha de momentos mais complexos, como quando ela fica doentinha (felizmente tem sido só por ocasião do nascimento dos dentinhos), vejo com um optimismo muito grande esta experiência de maternidade.”	13. “A experiência da maternidade tem sido vista como positiva, apesar de ter que enfrentar o desafio do novo sem se sentir apoiada nessa tarefa de ser mãe.”
14. “E eu descobri, que as práticas convencionais de nascimento, também contribuíram para o adiamento da tomada de decisão de ser mãe.”	14. M1 expressa um certo medo pelo parto, sendo um dos seus motivos do adiamento da maternidade.
15. “Outro grande fator de adiamento da maternidade: instabilidade profissional-financeira-emocional.”. “O motivo emocional está ligado ao profissional e financeiro: até aos 30 anos não tive profissão, apenas alguns trabalhos temporários e geograficamente dispersos. Quando estive na escola da XX e durante o estágio, a questão financeira começou a estabilizar, mas a social e consequentemente a emocional ainda não, ...quando conheci o pai da minha filha, que é meu colega. A relação dele com os filhos do primeiro casamento e com a mãe deles era/é	15. Os outros motivos do adiamento da maternidade, em M1 têm sido visto como um aspeto preponderante na sociedade ocidental pelas mulheres nos tempos atuais. O fator emocional nesse caso é o mais em evidência pelo facto do casamento anterior do pai do bebé.

<p>muito problemática. . . . Quando eu propus não conviver com os filhos dele, a nossa relação atingiu um patamar de tranquilidade e harmonia, e ficaram criadas as condições emocionais para a chegada da minha filha.”</p>	
<p>16. “Também pesou um pouco a questão estética: via tantas mulheres engordarem desmesuradamente durante a gravidez e manterem o peso após o nascimento dos filhos e perderem agilidade. Isto era inconcebível para mim.”</p>	<p>16. Outro fator do adiamento da maternidade foi a preocupação com a estética, o qual é demonstrado um receio de uma transformação no seu corpo por causa da gravidez.</p>
<p>17. “Ser mãe tão tardiamente continua a ser a maior bênção da minha vida, no entanto, ainda não sei qual o significado, pois, diariamente, surgem novos desafios, novos apelos... que implicam um permanente reajustar de posturas e atitudes, logo de significados.”</p>	<p>17. A experiência da primiparidade tardia, desta mãe é vivida através dos significados atribuídos e sentidos numa realidade contínua no seu dia-a-dia, assim como os reajustamentos dos mesmos.</p>
<p>18. “A gravidez, sendo considerada de alto risco, por força do adiantado da idade, permitiu-me estar de baixa e sem ter de ir trabalhar; assim, dedicava grande parte do tempo a praticar yoga para grávidas, meditação e relaxamento por meio de taças tibetanas, meditação e passeios na praia, à beira da água, deliciosas sestas com as pernas elevadas sobre a bola. Leituras fabulosas, sugeridas pela doula, sobre o que é verdadeiramente o processo de maternidade (e que é ocultado nos hospitais convencionais).”</p>	<p>18. A gravidez vivida numa idade tardia foi considerada de alto risco de saúde. Este aspeto a favoreceu estar em casa, longe do <i>stress</i> do trabalho o que ela aproveitou esse de ‘repouso’ para se preparar fisicamente e mentalmente para a maternidade.</p>
<p>19. “Com o divórcio fez cair por terra, o desejo de dar um/a irmã/o à minha filha... e insistir noutra gravidez em idade avançada.”</p>	<p>19. Dois fatores parecem fazer M1 sentir que a experiência da primiparidade tardia seria única. (o divórcio e a sua idade avançada). Talvez se fosse mais jovem o divórcio não seria atribuído como um fator agravante para uma outra possível gravidez.</p>

20. “E a sensação de que é a minha única filha e que já não terei oportunidade de voltar a ser mãe faz-me desfrutar mais intensamente de cada segundo.”	20. A primiparidade tardia é sentida como uma única e exclusiva, faz com que a maternidade seja vivida de forma intensa.
21. “Eu realmente não consigo encontrar aspectos negativos na maternidade tardia. Por força da idade, tive direito a baixa durante toda a gravidez, por ser considerada gravidez de risco, o que me permitiu desfrutar de tudo muito serenamente.”	21. A experiência da gravidez é sentida como positiva, mesmo sendo uma gravidez de risco foi vivida com muita calma, baixo nível de ansiedade e stress.
22. “Ao contrário do que habitualmente ouço, quando a gravidez começa a chegar ao fim, as mulheres sentem-se cansadas e desconfortáveis e já querem que o bebé nasça depressa. Eu fiquei um pouco desapontada pois a minha filha nasceu às 41 semanas e eu tinha me convencido que ela iria esperar até às 42 semanas.”	22. M1 expressa um sentimento de desapontamento por sua gravidez não chegar até 42ª semana. Isso será por medo do parto (que inicialmente teve antes da gravidez) ou saudades de estar grávida?
23. “Eu sempre me senti ágil, com limitações. Mas fiz trabalho de preparação para acompanhar e adaptar-me ao corpo em transformação. E encarei como uma fase em transição e acolhi as diferenças, limitações, desconfortos, etc. Foi tão grandioso ter engravidado, (tinha tido um aborto espontâneo uns meses antes) senti-me tão abençoada e tão grata, que fiz por desfrutar com o máximo de intensidade tudo, minimizando os aspectos menos positivos. E encarando-os como parte integrante do processo, com toda a naturalidade.”	23. Como M1 sempre se preocupou com a questão da estética, houve uma preparação não apenas com as questões do corpo mas também a nível psicológico para uma melhor aceitação do corpo gravido e assim poder desfrutar dessa nova fase em sua vida. A experiência anterior do aborto espontâneo também contribuiu para uma melhor aceitação da transformação em seu corpo durante a gravidez.
24. “Como vivi as mudanças no meu corpo: Foi uma descoberta. Entreguei-me ao processo de gravidez como se se tratasse de uma magia - e é, um verdadeiro milagre. Eu queria ser mãe. Não apenas ter um filho. Então aceitei, abracei com amor e dedicação, todo o	24. A vivência das alterações no processo de transformações corporal durante a gravidez foi algo que lhe aconteceu de forma tranquila, constante e com muito preparo, já que M1 estava a fazer uma formação de yoga, isso lhe permitiu uma

<p>processo. Foi tão importante o destino, como o caminho percorrido até lá chegar. Eu estava muito ciente de que as alterações no meu corpo me limitariam os movimentos, pois no curso de professora de yoga tinha feito o módulo de yoga com grávidas. Eu costumo dizer que tive o privilégio de fazer um estágio 3D ao vivo e a cores de yoga com grávidas. Portanto, à medida que a barriga crescia e eu deixava de poder fazer certas posturas e movimentos, era uma constatação. Do tipo, os livros e os teóricos dizem e eu posso comprovar - ou não. Também descobri que cada corpo é único e reage de forma particular.”</p>	<p>experiência grandiosa de constatar os conhecimentos dessa atividade física na prática.</p>
<p>25. “. . . Portanto foi muito interessante. Algo muito bom aconteceu: eu não engordei. Mantive o mesmo corpo, apenas a barriga e a pélvis se ajustaram para acolher a bebé.”</p>	<p>25. O grande temor que M1 tinha antes de engravidar (o engordar) parece que não lhe aconteceu ou não foi sentido.</p>
<p>26. “Logo no início da gravidez, quando não se notava barriga e apenas as formas do corpo se arredondavam, algo foi logo evidente: o peito. Sentia-me sensual e o meu marido estava encantado. Era como se tivesse direito a um bónus extra.”</p>	<p>26. As alterações no seu corpo com a gravidez foram sentidas para além da função materna mas como feminina. Um corpo mais atraente e sensual para si e para o seu marido.</p>
<p>27. “Bem no início da gravidez, havendo libido, éramos parcimoniosos nas relações sexuais, pois eu tinha tido um aborto recentemente, e havia entendidos que afirmavam que isso poderia ser causa de aborto nas primeiras doze semanas de gravidez. Depois a doula e a parteira desmistificaram e voltamos a manter relações sexuais como habitualmente. Nessa altura, tanto eu como o pai estávamos em casa de baixa, eu por gravidez de risco, ele por ter tido um acidente em serviço que implicou cirurgias aos joelhos. Então durante o dia estávamos em casa com toda a privacidade.”</p>	<p>27. A sexualidade durante a gravidez foi inicialmente envolta por uma preocupação: ter relações sexuais poderia causar novamente um aborto, sendo que este casal já havia tido uma experiência anteriormente de um aborto espontâneo, apesar que, esse fator é geralmente presente em quase todos os casais que temem, causar um aborto com as relações sexuais durante a gravidez. Porém nesse casal, esse medo poderia estar a ser mais intenso devido já ter tido um aborto anteriormente.</p>
<p>28. “Após o nascimento da minha filha, a</p>	<p>28. Parece que para M1 a relação</p>

<p>recuperação foi complexa e todo o períneo estava dorido, pois a cicatriz da episiotomia demorou muito tempo a cicatrizar e aconteceu uma coisa rara: o meu organismo não absorveu a linha da sutura. Portanto este "pequeno pormenor" demorou a retomada da vida sexual. Apesar de cansada por dormir pouco, fui recuperando a libido e tínhamos relações sexuais. A frequência reduziu-se quando retomámos o trabalho, porque passávamos o dia fora e quando estávamos em casa o filho do meu ex-marido também estava e eu não tinha à-vontade, pois ele não tinha noção de limites nem de adequação e entrava no quarto sem bater. ...Não sinto o mínimo desejo nem necessidade. Mas isto não tem directamente a ver com o processo de maternidade, mas pela circunstância da vida familiar ter um elemento altamente perturbador. Se ele não vivesse em minha casa, poderia não acabar por me divorciar do pai da minha filha.”</p>	<p>conflituosa e a presença indesejada do seu enteado em sua casa, simboliza uma cicatriz muito mais marcante que a cicatriz da episiotomia. Para M1 o desconforto de ter um terceiro elemento na relação, que não era sua filha e sim alguém que lhe representava uma separação física e afetiva do seu marido assim como a separação do seu marido e sua filha, isso tudo lhe causava a falta de energia não apenas sexual mas também a emocional. M1 sente-se incompreendida e magoada pelo seu marido, faltando-lhe a libido e a energia para a continuação ou a retomada da atividade sexual depois da gravidez.</p>
<p>29. “A diferença pela positiva de <u>ser mãe</u> tardia, no que respeita ao trabalho é muito importante e favorável à minha filha. Quando era mais jovem, a minha situação profissional era muito delicada. Eu precisei investir muito para me afirmar: tive de ter disponibilidade 24h/24h, inclusive em viagens longas e tortuosas....aceitar o risco sem questionar, sob pena de receber o rótulo de incompetente ou de não ter perfil adequado à profissão. Agora, já não tenho essa necessidade. Sempre que preciso de cuidar da minha filha assumo e vou. Se for necessário atestado médico ou férias, faço. Mas priorizo o cuidado materno sobre o profissional, sem qualquer hesitação!”</p>	<p>29. Para M1 a idade avançada tem- lhe trazido segurança em relação a questão entre a sua profissão e a maternidade. Quando mais jovem havia a necessidade de provar sua eficiência. A maternidade para M1 parece não estar em conflito com seu trabalho, apenas, ela prioriza os cuidados maternos à sua profissão.</p>
<p>30. “Também tinha a convicção de que não teria capacidade de cuidar de uma criança, quando era mais nova. Talvez</p>	<p>30. M1 sente-se que ser mãe tardia deu-lhe tempo para desmitificar conceitos menos positivos sobre a</p>

<p>porque é comum ouvir-se comentários muito infelizes de que os filhos só dão trabalho e que estragam a vida aos pais porque ficam limitados na sua disponibilidade. Isso pesou-me e como durante muito tempo eu não tive contacto com crianças pequenas, nunca consegui limpar essa imagem. Até que a minha irmã teve a minha sobrinha...., descobri que as crianças trazem uma energia tão grandiosa à nossa vida, que anula qualquer cansaço ou trabalho.”</p>	<p>responsabilidade de ter filhos, através do contacto com crianças, antes da sua experiência de tornar-se mãe, que apesar da dificuldade na tarefa da maternidade, há também o prazer com a convivência com as crianças, na qual há uma recompensa pelo trabalho dos cuidados oferecidos aos filhos.</p>
<p>31. “Portanto, ter sido mãe mais jovem, “na vigência” desses fantasmas, teria sido uma tragédia, tanto para mim como para a minha filha. Ainda bem que esperei e aceitei ser mãe tardia, pois vivo a experiência com uma serenidade, uma confiança e uma gratidão imensas, que é mais prazerosa para mim e muito mais saudável e benéfica para a minha filha.”</p>	<p>31. A dificuldade de cuidar de uma criança é referida por M1 como os “fantasmas”, tendo como base as experiências de pais à sua volta. O tempo lhe ajudou a ver que a experiência da maternidade é algo único, na qual é sentida por ela como uma experiência saudável para ambas (mãe e filha), mas este aspeto é atribuído ao amadurecimento, que lhe permitiu uma visão diferenciada da tarefa da maternidade.</p>
<p>32. “. . . ser mãe tão tardiamente, à luz do que sei hoje e com a consciência de quem eu era, se tivesse sido mãe mais cedo, seria muito má mãe. Desde logo por falta de paciência.”</p>	<p>32. M1 revela que a experiência de tornar-se mãe tardiamente é conscientemente vista como a melhor opção. Pois, sente-se mais paciente para lidar com as questões e implicações do processo da maternidade.</p>
<p>33. “Não sei se por força de toda a aprendizagem e trabalho de crescimento pessoal, ou se por saber que esta experiência é única e já não posso voltar a ser mãe, desfruto de tudo ao ritmo da minha filha.”</p>	<p>33. Ser mãe em idade avançada é sentida como um fator de ganho: a maturidade obtida ao longo dos anos e a consciência que não poderá ter mais filhos faz dessa única experiência ser vivida em total plenitude.</p>
<p>34. “Eu era incapaz de estar parada a fazer uma só coisa. . . . Agora não. Fico sentada a dar mama e a olhar para a minha filha. Em contemplação. E não acho que isso seja um desperdício de tempo”</p>	<p>34. M1 vê-se diferente após o nascimento de sua filha. O momento da amamentação é sentido como um tempo precioso, não apenas o “matar” a fome do seu bebé mas um momento de admiração e interação.</p>
<p>35. “. . . eu faço tudo o que ela pede:</p>	<p>35. A idade madura também a fez ser</p>

<p>ando de gatas, faço de cavalinho, corro com ela na rua. Mas eu não tenho problemas em fazê-lo publicamente. Penso que se fosse mais jovem, seleccionaria o que poderia fazer em público, para não perder a "pose".</p>	<p>mais desprendidas de conceitos ou de uma postura rígida, para se entregar num relacionamento com sua filha de uma forma lúdica, favorecendo à sua filha momentos de grande aproximação, tão essencial para o desenvolvimento.</p>
<p>36. “O parto. O nascimento da minha filha foi uma experiência absolutamente grandiosa. Foi A experiência da minha vida. Fez-me atingir um estado de relaxamento e “desligação” mente-corpo, como nenhuma, meditação ou terapia, alguma vez me proporcionou.”</p>	<p>36. A experiência do parto é sentida como uma experiência única e sublime. O nascimento do seu bebé – uma entrega plena de corpo e mente.</p>
<p>37. “Em cada contracção eu conseguia sentir que passava por todo o meu corpo uma onda de energia, com intensidade cada vez maior, como se fosse um tremor de terra, abanando profundamente até às entranhas.”</p>	<p>37. A vivência do parto é vivida no seu corpo, como o despertar dos seus sentidos para o recebimento de uma nova vida.</p>
<p>38. “E eu sentia que o meu <u>corpo</u> aumentava de dimensão, as fronteiras do meu corpo avançavam conquistando terreno ao Universo.”</p>	<p>38. O sentimento de mãe que vai para além das emoções sentidas pelo corpo. A sessão de alargamento das “fronteiras” com o seu corpo, isso revela a sensação da mãe grandiosa, aquela que se torna grande para proteger o seu filhote, inocente e indefeso.</p>
<p>39. “E tudo isso num crescendo estendido em 27 horas, tão longas e tão efémeras, ao mesmo tempo.”</p>	<p>39. O tempo: uma ambivalência de sentimentos. Por um lado longo demais para poder ter nos braços o ser tão desejado, por outro lado, tão curto, para poder vivenciar toda a emoção da chegada da sua filha em um tempo tão curto e tão longo.</p>
<p>40. “Tudo isto em casa, um autêntico templo, onde foi criado um altar com uma série de objectos que materializavam todo o processo de crescimento que aconteceu na preparação para a gravidez e na</p>	<p>40. O parto foi vivido mesmo antes do acontecimento, tendo uma preparação mental e física. O desejo pelo parto humanizado (há muitas conotações para esse processo, como sendo um parto de instinto natural ou</p>

preparação para o parto com a doula ⁷ .”	do tipo normal) onde não há mecanismo hospitalar. Nessa experiência essa participante contou com um apoio técnico de uma doula.
41. “Até o pai deu um contributo muito dele espontâneo: uma jarra com rosas e três borboleta de tamanhos distintos, simbolizando a tríade que estava a ser celebrada: bebé, mamã, papá. Tudo isto envolto na recitação de mantras, música meditativa, incenso, luz de velas conferindo um ambiente intimista e acolhedor. Um autêntico útero nutridor.”	41. Um parto pensado, desejado e refletido, onde tudo havia um sentido próprio das pessoas envolvidas nesse processo.
42. “Por muito trabalho que faça, ainda não consegui libertar completamente a mágoa daquela presença indesejada (o enteado) me ter condicionado a afastar-me do templo e ter ido parir a minha filha no hospital.”	42. M1 expressa uma raiva e zanga por ter que deixar o local escolhido e planeado para o nascimento de sua filha. Ela atribui esse acontecimento ao seu enteado, a pessoa que ela considera indesejada para estar naquele momento tão especial. M1 revela que a relação dela com o enteado é conflituosa que gerou todo o desconforto e a “quebra” do altar feito unicamente para a chegada do seu bebé.
43. “De resto, a escolha da doula deveu-se ao facto de estar sozinha, já que o pai não fazia tensão de assistir ao nascimento, e estava viva em mim a necessidade de me sentir acompanhada, pois sentia que a maternidade hospitalar era muito hostil . . .”	43. M1 sentia que nesse momento especial era necessário ser acompanhada, não apenas para não se sentir sozinha, mas ter a presença de pessoas significativas. A presença da doula foi de grande importância, por ter sido uma pessoa que lhe acompanhou durante todo o processo da gravidez, sendo portanto, alguém de grande significado, confiança e de apoio.
44. “(...) o pai, que dizia que a gravidez e sobretudo o nascimento era um assunto da mãe, acabou por dizer com orgulho: “ajudei a minha filha a nascer”	44. O apoio do pai do bebé na hora do parto, foi vivida cheia de emoção e significado para ambos (esposa e marido).

⁷ É uma pessoa sem formação médica, que proporciona informação, acolhimento, apoio físico e emocional às mulheres durante a gravidez, o parto e o pós-parto.

<p>45. “... recordo-me de ter comentado com umas amigas mais jovens mas que tinham sido mães na mesma altura em que eu: não sei se o descalabro da minha vida conjugal é resultado do processo de maternidade-paternidade, ou se é só por ter um enteado indesejado, ou se era por um marido-pai sem arcaboço psicológico para se embrenhar numa paternidade incondicional, activa. Era uma tarefa demasiado madura, para alguém imaturo, que continua a carregar uma criança desnutrida. Portanto uma tarefa assustadora, que reclama fuga.”</p>	<p>45. Após o nascimento da sua filha, M1 sente-se pouco apoiada pelo seu marido, para ela seu marido ainda não estava pronto para a paternidade (nesse caso, não foi realmente o nascimento de sua filha que faz M1 sentir que seu marido não tinha competência paterna, mas ela atribui à relação julgada por M1 pouco saudável entre o seu marido (ex atualmente) e seu filho do casamento anterior.</p>
<p>46. “Eu estava envolta na bolha da maternidade, não alcançava a dimensão do descalabro que a minha vida atingira. Ao estar tão absorta e dedicada à maternidade, para que nada faltasse à minha filha, e porque não tinha uma rede de apoio (toda a família está longe.”</p>	<p>46. M1 expressa estar fechada na bolha da maternidade por falta de uma rede de apoio, em que ela sente-se que assumiu a maternidade sozinha, estando focada nas tarefas da maternidade.</p>
<p>47. Bem no início da preparação com a doula, quando ela pediu para identificarmos o que era importante ter e o que era importante não ter no grande dia, fui muito clara a querer que em casa só estivessem certas pessoas comigo: o pai, a doula, a parteira, a madrinha do Ser que ia chegar. E assim foi. Estiveram todas</p>	<p>47. M1 descreve o parto como o grande dia. Nesse contexto da chegada da sua filha, M1 parece criar um altar para a chegada não apenas da sua filha, mas como ela se refere do Ser. O que pode simbolizar, o Ser que a transformou, o Ser que lhe dar uma nova identidade, um novo papel na sua família e na sociedade.</p>
<p>48. “Bendigo e agradeço o trabalho da doula, que ao desfazer os mitos (urbanos) que associam o parto a dor, e reduzem a mulher a uma postura de débil mental e física, me permitiram resgatar o poder criador de vida que todas as fêmeas têm.”</p>	<p>48. A representação da doula nesse caso, serviu não apenas de apoio emocional e informativo mas ajudou-a a descodificar o significado do parto para além do ato de parir.</p>
<p>49. “Não me revejo minimamente nos relatos de partos dolorosos que ouço com frequência. O nascimento da minha filha foi tão pleno de sensações maravilhosas, que a dor não só não foi protagonista, como teve um papel meramente de figurante. E desde que começaram as primeiras contracções</p>	<p>49. M1 revela uma experiência do parto rica de significado. Todo o processo do parto é sentido por M1 como algo pleno e absoluto.</p>

com padrão regular até que a minha filha nasceu e foi colocada sobre mim, pele com pele, passaram 27 horas. Tudo foi abundante e intenso.”	
50. “Minha filha nasceu de parto natural (como todo o trabalho de parto foi feito em casa, quando cheguei ao hospital já tinha a dilatação feita não houve tempo, nem necessidade de nenhuma intervenção, a não ser a manobra de compressão).”	50. Apesar de não ter sido possível M1 ter concretizado o seu desejo de ter o parto feito em casa, por questão médica, todo o preparo, principalmente físico e mental facilitou o parto no hospital, tornando assim mesmo a sua vivência do parto positiva.
51. “A minha mãe tem 73 anos de idade. A sogra está com 84 anos de idade, tem empregada porque tem dificuldade em fazer certas coisas básicas.”	51. M1 não pode contar com o apoio da sua mãe ou da sua sogra, o que para as mulheres, normalmente, essas figuras femininas representam um apoio significativo nesse momento da primeira gravidez.
52. “...graças à intervenção do pai, que fez uma “tradução” das ordens da parteira numa linguagem amorosa para eu decodificar, e evidenciou que afinal eu estava a cooperar com o trabalho da parteira, que estava em contra-relógio, pois noutra sala havia outra mãe quase a parir à espera da parteira.”	52. A figura do pai do bebé nesse momento foi fundamental para assegurar o conforto durante o parto. Ainda que ela não estava a contar com esse apoio. Isso lhe trouxe mais segurança de saber que podia contar com alguém que estava ali disponível para proteger a si e o seu bebé.
53. “O regresso ao trabalho, representou uma perda. Foi uma laceração dolorosa no cordão umbilical que ainda me ligava à minha filha, embora ainda continuemos fisicamente unidas pela amamentação. Foi uma fase dolorosa em que foi urgente trabalhar o desapego, entre outras coisas. Passar várias horas seguidas sem estar perto da minha filha, era uma ideia inconcebível.”	53. O retorno ao trabalho foi sentido como o verdadeiro corte da ligação física, parece não ter acontecido o processo natural de separação, que poderia lhe permite regressar ao trabalho sem sentir muita dificuldade. Sendo que, o regresso ao trabalho lhe exigiu uma nova adaptação entre o seu novo papel – de mãe e o seu papel de trabalhadora.
54. “Por outro lado, ao afastar-me de casa, adquiri um distanciamento que me deu uma perspectiva diferente da vida à minha volta. As minhas emoções eram tão avassaladoras; eu tornara-me numa pessoa tão diferente da que tinha deixado o trabalho 16 meses antes . . . Tudo em mim tinha sido abalado e	54. O afastamento do trabalho para vivenciar a maternidade, fez M1 refletir sobre muitas questões do seu dia-a-dia e dos comportamentos das pessoas à sua volta. O sentimento pela maternidade parece- lhe abrir os olhos para outros significados no mundo, o que talvez antes era sem

<p>levado a uma evolução, a um crescimento, e ver que no local de trabalho, tanto tempo e tantos acontecimentos depois, tudo estava igual,... as prioridades atribuídas a coisas insignificantes, quando para mim, a prioridade das prioridades era a minha filha; foi uma confusão enorme dentro de mim. E comecei a pôr tudo em questão.”</p>	<p>muito significado, hoje, tudo parece ser mais refletido ou questionado.</p>
---	--

Participante: M2	
Unidade de Significado	Unidade de significado Psicológico
1. “Por muito tempo, não tive expectativa alguma de ser mãe. A possibilidade de ser totalmente responsável por outra vida ou “viver uma outra vida novamente” me assustava e me distanciava desse desejo de tantas mulheres.”	1. A representação de tornar-se mãe é envolta numa preocupação com o cuidar do outro e da responsabilidade por muito tempo de alguém totalmente dependente de seus cuidados; sendo esse receio um dos motivos do adiamento da maternidade.
2. “Depois de cinco anos de casada é que eu comecei a aceitar a ideia de ser mãe e acreditar que eu poderia ter alguma competência para isso. Durante esses cinco anos não utilizava nenhum método de contracepção, entretanto, eu não engravidava. Isso não era um problema, pois nunca acalentei o sonho de ser mãe. De qualquer forma, se um filho não viesse dessa maneira, nós poderíamos adotar uma ou duas crianças.”	2. O sentimento de ser mãe foi despertado de forma tranquila, sem nenhuma pressão ou ansiedade. Há uma indicação que o ser mãe para M2 não é necessariamente através do seu corpo, mas do seu afeto e de suas emoções, visto que já havia uma hipótese pela adoção, em caso da gravidez não ter acontecido. M2 mostra que estava a se preparar mentalmente para o papel de ser mãe, não tendo um enfoque nas questões biológicas, mas parece que a preocupação estava no nível psicossocial.
3. “Com cinco anos de casada decidimos morar em Joinville, Santa Catarina, uma cidade mais tranquila. Meu marido conseguiu um emprego e eu montei minha sala de atendimento de Orientação Integrada de Saúde. Eu havia feito um curso de formação em Yoga, havia me tornado vegana, treinava corrida, trabalhava intensamente, me alimentava de alimentos orgânicos, havia feito duas destoxificações (uma pela nutrição funcional e outra pela medicina ayurveda). Minha saúde estava ótima, e me sentia muito disposta e saudável.”	3. Parece que M2 estava a mudar não apenas de cidade e de orientação alimentar mas numa direção para uma transformação em seu corpo e mente. M2 expressa estar bem consigo mesma, onde ela revela criar um espaço na sua mente e na sua vida para pensar na maternidade e incluir esse projeto em sua vida.
4. “Meu trabalho de Orientação Integrada de Saúde está alicerçado sobre quatro pilares: (1) sono, (2) alimentação, (3) exercícios, que incluem aeróbio (sempre em	4. M2 expressa viver em equilíbrio e harmonia com o seu corpo e a sua mente. Apesar de seu trabalho lhe exigir essa dedicação e cuidados, há em suas palavras uma entrega no que

<p>equilíbrio de oxigênio, ou seja, frequência cardíaca baixa), fortalecimento (mas nada parecido com musculação tradicional), alongamento, equilíbrio e (4) as relações do indivíduo consigo, com os outros e com o meio ambiente. E essa era minha prática: dormir cedo, acordar cedo, cuidar da alimentação (orgânica, o mais natural e integral possível), fazer exercícios, cuidar e rever as minhas maneiras de estar no mundo (meditação, ler, participar de palestras etc.) É lógico que nada disso era perfeito, sempre tem o dia dos pecados. E eu adoro vinho e de vez em quando a gente dorme tarde, come umas bobagens, fica com preguiça de treinar. Respeitar nossa humanidade também está na lista de bem-estar.”</p>	<p>ela faz, sem haver um exagero ou cobrança.</p>
<p>5. “. . . por volta de uns 6 a 9 meses depois do processo de desintoxicação eu engravidei. A destoxificação é um processo muito interessante para cuidar da saúde...O processo durou em torno de sete dias. ... são eliminados todos os produtos industrializados, inclusive sementes e oleaginosas em algum momento. Não se consome nada alcoólico, glúten, lácteos, leguminosas.”</p>	<p>5. A gravidez aconteceu depois de uma preparação no corpo. Sendo, o corpo um instrumento para acolher e formar o seu bebê, um veículo para trazer seu filho à vida. Mesmo que seu trabalho, a sua profissão está relacionada à saúde e os cuidados com a alimentação, há uma indicação de uma preparação para gravidez, ainda que inconsciente.</p>
<p>6. “Dois meses antes de completar dez anos de casada, aos 41 anos, descobri com surpresa que estava grávida. Todos acreditavam que pela minha idade eu teria uma gravidez de risco. Mas todos os meus exames eram excelentes e eu me sentia ótima. E, a partir desse momento, eu comecei a estudar de verdade e sair da minha ignorância no assunto.”</p>	<p>6. A gravidez parece ter sido uma surpresa, mas o que indica que depois da aceitação da gravidez em sua mente, seu corpo começou a reagir em sintonia com os seus pensamentos. Parece que sua gravidez foi processada no seu inconsciente. Sendo que os acontecimento e as mudanças na mente e no corpo de M2 foram acontecendo de forma natural e progressiva.</p>
<p>7. “. . . acho que não me preparei <i>para</i> a gravidez, mas como eu cuidava da minha saúde e do meu equilíbrio, eu</p>	<p>7. Apesar de M2 dizer que não se preparou para a gravidez, observa-se que há uma integração do seu</p>

<p>(corpo, mente e espírito) estava preparada e pronta para uma gestação.”</p>	<p>pensamento de engravidar e um cuidado maior com o corpo e com sua saúde, ou seja uma espécie de comunicação interior entre seu psíquico e seu biológico. Parece aqui que o seu corpo e a sua mente estavam a agir de forma inconsciente para esse momento.</p>
<p>8. “Vivi os nove meses mais intensos da minha vida: li muitos livros, como Parto Ativo (Janet Balaskas), Quando o Corpo Consente (Marie Bertherat, Thérèse Bertherat e Paula Brung), Memórias de um Homem de Vidro (Ricardo Jones), O Renascimento do Parto (Michel Odent) e muito s outros desse autor. Assisti a documentários como Orgasmic Birth, Nascendo no Brasil e assisti a palestras como a de Edison Swain e a de Michel Odent. Fazia caminhadas todos os dias, hidroginástica e yoga para gestante. Trabalhava muito e estava muito feliz. A barriga ia aumentando e eu me sentia linda! Só um barrigão crescendo bem bonito!”</p>	<p>8. A gravidez foi um período de preparo físico e mental para o parto e para as tarefas da maternidade. Pelo facto de a gravidez ter acontecido de forma espontânea, parece que não houve ansiedade e “sim” uma aceitação natural das mudanças no corpo grávido.</p>
<p>9. “Durante a gravidez minha libido se manteve, mas meu marido não se sentia à vontade, principalmente depois que a barriga foi crescendo mais, acho que medo de machucar o bebê ou constrangimento mesmo, não tenho certeza. Não sei dizer se me sentia mais ou menos sexy, acho que igual, mas me sentia muito linda. Depois que tive o X, entretanto, minha libido caiu totalmente e demorou muito até recuperar minha vontade de ter relações sexuais de novo.”</p>	<p>9. Para M2 sua sexualidade durante a gravidez como tida como normal, sem alteração, porém foi percebida uma mudança em seu marido pelo desejo da relação sexual, o que M2 atribui ao facto de seu corpo feminino nesse momento está em função para o bebê. Apesar de M2 sentir-se bonita, essa beleza é vista como um estereótipo de mulher-mãe e talvez não mulher-esposa. Após o nascimento do seu filho é sentida que a sua libido foi diminuída, sendo uma deslocação de grande energia para a função da maternidade e pouca energia para a função de esposa.</p>
<p>10. “Eu sabia que queria um parto natural e descobri frustrada de que não conseguiria isso em um hospital público. Daí, fui conhecer a equipe</p>	<p>10. M2 revela aceitar com plenitude a função do seu corpo materno para a chegada do seu filho. É percebida uma entrega total para este processo.</p>

<p>de Blumenau do Nascer em Casa e o que me parecia impossível, se tornou realidade: ter um parto domiciliar, respeitoso e humanizado, com a médica obstetra XXX, a enfermeira neonatal XXX e a doula XXX. Decidir por um parto domiciliar foi consequência da falta de opções que respeitassem as minhas expectativas por parte do sistema público de saúde que temos aqui no Brasil. Eu dependia do sistema público e estava muito sem dinheiro. Quando encontrei a doula X (que me ajudou na preparação para o parto), senti muita empatia e percebi que poderia viabilizar o pagamento, dividir em vezes, fizemos bastante esforço para conseguir pagar, mas valeu cada centavo.”</p>	
<p>11. “Em relação a minha idade, nunca foi um peso para mim, em nenhum sentido. Sei que tive o X quando estava pronta emocional e espiritualmente para ele”</p>	<p>11. Para M2 a maternidade não foi sentida tardia, mas sim no momento ideal para viver essa nova fase de sua vida</p>
<p>12. “Para o pai, sei que ele nunca sentiu o peso da minha gravidez tardia, mas tenho certeza de que sente o peso de sua própria paternidade tardia. Ele tem lidado muito mal com tudo isso, e hoje, aos quarenta e quatro anos, sente-se velho, mas ao mesmo tempo vive o conflito de querer fazer coisas como se não fosse casado e não tivesse as responsabilidades de um filho. Mas acho que essa já é outra história”</p>	<p>12. Para M2 seu marido também não sentiu que ela teve uma gravidez tardia, porém ela sente que é ele quem vivência uma paternidade tardia. Talvez o conflito do marido descrito por M2 seja realmente a fuga da realidade de uma paternidade tardia. Mas curiosamente ele aceita a sua maternidade tardia.</p>
<p>13. “...o que um filho nos mostrou sobre doação, sobre viver outra etapa da vida com maturidade para isso, sobre nossa capacidade de olharmos para o outro e irmos muito além de nossos interesses egoístas. Mas acredito sinceramente que isso não tem a ver com nossa idade, mas de como lidamos com mudanças e com novos papéis.”</p>	<p>13. A maternidade é sentida como uma nova etapa de amadurecimento pessoal que não está associada à idade nem o envelhecer do corpo, mas ao processo de amadurecimento pessoal e a forma como o indivíduo reage mediante as transições e mudanças de papéis sociais.</p>

<p>14. “A melhor parte de ser mãe com mais idade, é a maneira madura que consigo fazer escolhas. Por outro lado sinto mesmo dentro de mim como é importante me cuidar para o X não ter uma mãe envelhecida, doente ou feia. Então, ele me dá ainda mais motivos para ser melhor.”</p>	<p>14. Um dos aspetos positivos da maternidade tardia é vivido através do processo de amadurecimento pessoal, mas há uma preocupação com o envelhecer do corpo, com a beleza exterior e com a sua saúde. M2 se preocupa em cuidar do seu corpo e da sua aparência física, não apenas para si, mas para o seu filho. Uma mãe que não apenas quer estar viva para o seu filho, mas bonita e com saúde. M2 está consciente que a idade lhe proporciona benefícios como a aprendizagem e as experiências de vida, mas que para o corpo, é necessário cuidados para mantê-lo saudável e com boa aparência.</p>
<p>15. “Tenho certeza de que seria diferente ter filhos mais jovem. Se eu vivesse muitas coisas que eu vivi em tempos diferentes, não só ter filhos, muita coisa teria mudado. Mas isso não significa que seria melhor nem pior, acho que só diferente. Não quero ser mais jovem do que sou, me sinto mesmo muito bem como uma mulher de 45 anos. Só não acho que 45 seja muito.”</p>	<p>15. M2 revela ser uma mulher conformada e contente com a sua idade. Sendo que a idade não é um fator preponderante na vivência da maternidade ou como ela vivencia as etapas de sua vida mas as experiências são sentidas através da sua aprendizagem e pelo conhecimento de si e do mundo. M2 busca pelo equilíbrio entre a idade biológica e psicológica, ou seja a busca por uma integração de corpo e mente saudáveis.</p>
<p>16. “Ser mãe é ter a oportunidade que a Vida me deu de amar e doar-me a outro ser para poder encontrar o meu próprio caminho de evolução. É a minha chance de olhar para minha biografia, rever a minha história, e me reinventar. É o meu caminho de ser melhor no mundo, e contribuir nem que seja um pouquinho só, um pouquinho mais, para um mundo melhor.”</p>	<p>16. Para M2 ser mãe tem um significado espiritual, uma forma de se melhorar como pessoa, aprender sobre o amor e o doar-se. Assim, como a oportunidade de recriar a sua própria história e se reinventar.</p>
<p>17. “A idade não é um limitador para nada. Nós somos os limites que impomos a nós mesmos ou que deixamos que a sociedade, ou a cultura, nos imponha. As escolhas têm de ser conscientes e</p>	<p>17. Para M2 a idade simboliza apenas um número, sendo que, o que mais conta nessa linha da idade do tempo de vida de um ser humano é a forma consciente de vivenciar as fases da vida, o processo de amadurecimento</p>

responsáveis. E consciência e responsabilidade foram os melhores legados que os quarenta anos me deixaram. Daqui pra frente é acompanhar esse menininho que cresce saudável, inteligente e sapeca.”	pessoal e a conscientização nas tomadas de decisões mediante as situações da vida.
18. “Desde que tive o X reflito muito sobre minha própria história e penso na infância com meus irmãos.”	18. A experiência de tornar-se mãe a faz lembrar da sua própria infância e o relacionamento com seus irmãos. A oportunidade de refletir à sua própria história de vida.
19. “Sou de uma família fora do padrão. Minha mãe se casou há mais de 50 anos. Ela tinha 30. Teve cinco filhos, sendo que minha irmã mais nova, ela teve aos 40 anos. Meu pai tinha 37 anos ao se casar. Minha irmã mais velha teve duas filhas na idade considerada padrão, mas fora ela, minhas outras duas irmãs não querem ter filhos, meu irmão teve filho aos 40. Dá para ver que nossa relação com idade e filhos é bem diferente do tradicional.”	19. Parece que M2 sente-se confortável com a maternidade tardia, em que ela expressa ser um padrão de sua família. Isso revela que para M2 a idade biológica não é considerada uma questão importante na maternidade.
20. Em relação ao parto, minha expectativa foi que fosse ativo, o mais natural possível e fosse de cócoras. Eu tinha lido bastante e sabia que a posição vertical é muito mais interessante do que em decúbito.”	20. A experiência do parto também demonstra que M2 vive mesmo as suas experiências de vida o mais natural possível, então o parto como o grande momento da vivência materna, é sentido de forma espontânea e natural. M2 expressa saber o que quer e estar preparada para um parto natural.
21. Quando se fala em parto natural, as pessoas perguntam sobre o medo de sentir dor ou de laceração. Não tinha medo de nada disso, só tinha medo de cair numa cesárea. Também me falam de ter coragem de ter um filho em casa, mas eu não me sinto corajosa, aliás, acho que tem mesmo muita coragem quem vai ter filho em hospital, com um monte de gente desconhecida entrando e saindo da sala, fazendo exame de toque para ver sua dilatação, te colocando	21. Para M2 o parto, apesar de ser uma novidade em sua vida, um evento até então desconhecido para ela, M2 revela estar em plena harmonia com seu corpo para viver essa emoção do parto natural, sendo o parto hospitalizado visto como inseguro e desconfortável para ambos mãe e bebê. Tendo a oportunidade de escolher e selecionar as pessoas para lhe apoiar ou estar perto de si, neste momento único, precioso e tão desejado

<p>deitada em um cardiotoco, acendendo um holofote no rostinho do bebê. . . ai, sei lá, para mim só de pensar em tudo isso me dava medo, insegurança, tristeza.”</p>	
<p>22. Ao contrário, em casa, ter o X de forma tão segura, aconchegante, respeitosa e acolhedora foi uma experiência maravilhosa. Foi o momento mais transformador da minha vida.”</p>	<p>22. A experiência do parto em casa é tida como confortável e segura para ambos mãe e filho, ao passo que no hospital não seria possível vivenciar tudo isso da maneira sonhada e desejada para este período tão importante para todos os envolvidos nesse processo.</p>
<p>23. “Meu trabalho de parto foi relativamente curto, começou perto de umas oito horas da manhã de um domingo frio, mas ensolarado. (...) Colocamos um mantra, afastamos a cama para caber a piscina no nosso quarto. Acendemos velas. Eu tinha a bola de pilates e um suspenso que ficava exatamente em cima da piscina, onde eu podia me pendurar o quanto quisesse.”</p>	<p>23. O parto é sentido como um período curto, numa temperatura fria do lado de fora mas aquecida em seu corpo e em seus sentimentos. A realização do seu sonho – o nascimento do seu filho de forma sonhada e desejada em sua casa. As boas vindas ao seu bebê no seu novo lar, não apenas o lar físico mas o lar aquecido materno. Do útero para os braços acolhedor de sua mãe.</p>
<p>24. “Não tive nenhuma laceração. Senti que precisava fazer uma entrega, parar de controlar e consentir, estava presente, mas depois de um momento a consciência ficou alterada. Eu mudava a minha própria história a cada contração. Eu mergulhava dentro de mim com uma conexão que nunca tinha vivido antes. Foi tão maravilhoso e transformador que tenho muita, muita saudade da hora do meu parto.”</p>	<p>24. M2 expressa entregar o seu corpo de forma ativa e consciente, uma aceitação plena para o processo do parto. Seu corpo sentido como um grande aliado para essa tarefa materna, considerada por ela uma experiência transformadora.</p>
<p>25. “Acho que se pudesse parir de novo iria fazer conexões novas, remexer ainda mais na biografia que está arraigada no meu corpo. Pensando agora, enquanto te escrevo, penso que pode ter sido o poder feminino instintivo e ancestral que conectamos em um parto. Esse poder que não se consegue em uma cesárea, esse poder que é</p>	<p>25. A experiência do parto sentida como uma reflexão de sua própria biografia. M2 vive o parto natural um poder do interior feminino, a sua energia psíquica para poder vivenciar esse momento sublime, transformador e tão cheio de significados. Nesse momento do parto é tido por M2 como uma ligação com o seu interior e o poder</p>

<p>atrapalhado ou bloqueado em um parto cheio de intervenções ou desrespeitoso. Esse poder que passamos uma vida sem alcançar. Eu sou agradecida a Deus, a mim mesma, ao meu marido e a equipe, porque eu tive a força de vontade, o apoio e a oportunidade de buscar uma experiência tão única, que mudou minha maneira de estar no mundo.”</p>	<p>da natureza, que fortalece as suas forças e coragem para viver para vivenciar toda essa experiência juntamente com as pessoas significativas para ela. É também um momento de muita gratidão a Deus e as pessoas que estão com ela nesse momento tão importante de sua vida.</p>
<p>26. “Posso dizer que sou muito feliz por ter parido meu filho de forma natural e respeitosamente, em casa, aos 42 anos de idade”</p>	<p>26. A vivência do parto revela que seu corpo e sua mente estavam ligados em um único desejo: experienciar o nascimento do seu filho da forma mais natural possível. Sem intervenção hospitalar, mas em sua casa, um ambiente acolhedor, projetado e pensado para esse momento tão importante.</p>
<p>27. “Em relação ao apoio recebido, a minha médica e a enfermeira neonatal me visitaram durante o primeiro mês e foi um bom apoio. Minha mãe ficou comigo 20 dias. Mas eu me virei bem mesmo sozinha e eu morava em uma cidade bem distante da minha família.”</p>	<p>27. M2 recebeu apoio de algumas pessoas muito importantes nesse período do parto e pós-parto por um curto período de tempo, o que indica que M2 sentia-se segura para exercer o seu papel de mãe pela primeira vez, revelando ter um controle satisfatório da situação com um ser tão pequeno e indefeso, que a partir do momento do nascimento tudo em sua vida estaria em volta desse ser totalmente dependente dela.</p>
<p>28. “Os primeiros cuidados e a fase de amamentação do meu filho foi cheia de dúvidas e, claro, de medos também, inerentes à mãe de primeira viagem, mas também cheia de prazeres e delícias. O banho no balde, o uso do sling⁸, a cama compartilhada, o berço-embaladeira que eu e meu marido fizemos nós mesmos (seguindo todas as orientações do Inmetro⁹) e que o X</p>	<p>28. M2 sente-se insegura em relação aos primeiros cuidados com o seu bebê, mesmo sendo uma mulher que buscou informação sobre as tarefas da maternidade, mas pelo facto de ser uma experiência nova. Porém, houve muito prazer em todos os momentos com o seu bebê juntamente com a participação do seu marido, eles até construíram com suas próprias mãos o objeto de</p>

⁸ Um *baby sling* é um porta-bebês de inspiração tradicional realizado em tecido, que pode ser usado desde o parto até por volta dos dois anos de idade.

⁹ O Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia

adorava. A amamentação sempre muito tranquila, em livre demanda. Tudo vivido com plenitude.”	descanso, de embalo e consolo para o seu bebê. Sendo um gesto de dedicação e de preocupação pelo conforto e bem-estar do seu filho.
29. “Os primeiros meses com o X foram maravilhosos, mas também muito difíceis, pois com o meu afastamento da clínica, muitos alunos saíram, e a vida financeira ficava mais e mais comprometida. Apesar disso, X e eu tínhamos um vínculo maravilhoso, a amamentação seguia um sucesso, ele teve quatro dias de cólicas e nada mais.”	29. M2 expressa que nos primeiros dias com o bebê foi sentido maravilhoso, apesar de o afastamento do seu trabalho trazer consequências financeiras, no âmbito das tarefas da maternidade foi tida como confortável.
30. “Profissionalmente, vivo hoje um recomeço. Não por ser mãe tardiamente, mas por ser mãe e querer me dedicar também a ele. Além disso, como meu marido mudou de novo de emprego e terei que recomeçar tudo outra vez. Divulgação, clientela, estruturação de um novo espaço etc. Entretanto, em função da vida profissional e financeira, decidi logo no primeiro ano do X que não queria ter outro filho.”	30. Por motivos financeiros e profissionais. M2 vivência uma experiência da maternidade de forma singular: mãe de um só filho. Isso parece estar bem definido dentro de si, o que está a lhe proporcionar uma vivência única e exclusiva, podendo oferecer ao seu único filho toda a sua atenção e dedicação. A alteração no seu trabalho, referida aqui, não é dita propriamente pela maternidade, mas pelo facto de uma nova fase em sua vida familiar e profissional que aconteceu paralelamente ao nascimento do seu filho.
31. “Outra coisa mudou com o nascimento do meu filho. Continuo vegetariana, mas não consigo ainda voltar ao veganismo, pois ainda falta tempo e força de vontade”	31. As mudanças com a maternidade não são referidas diretamente em relação as funções da própria maternidade ou do papel de tornar-se mãe, mas ainda continua a ser uma preocupação com o seu corpo, com a sua alimentação e com a sua saúde, o que tudo isso irá influenciar também na saúde e bem-estar do seu filho.
32. “Referente ao tempo sentido como mais difícil na maternidade, os primeiros dias de dúvida foram muito difíceis. Mas esse último ano (X com 3 anos de idade) tem sido pior, pois descobri o quanto minhas questões de filha estão afetando a maneira que quero criar o X. Nessa idade que meu filho está, acontece o	32. M2 como a maioria das mulheres sente que os primeiros dias com o bebê são considerados os mais difíceis na maternidade. No tempo atual a dificuldade se desloca para o processo da separação e individualização, onde o seu bebê dependente começa a ganhar espaço próprio, parece haver um confronto

<p>início do processo de separação, da individuação, e vêm os conflitos e ‘rebeldias’. Preciso aprender a lidar com isso agora, pois a história está só começando.”</p>	<p>com a sua relação precoce com sua mãe e a sua relação atual com o seu filho. Sendo que a fase de transição de filha para também de mãe implica que M2 reveja e reflita sobre a relação estabelecida entre ela e sua mãe. Nesse momento parece estar a surgir uma revivência e questionamentos da relação com sua mãe, assim como, o aparecimento de sentimentos inconscientes como a rivalidade e/ ou de identificação com sua mãe. Nessa nova fase em que sua criança já se expressa, já revela a sua personalidade, M2 sente-se que ela precisa se ajustar a esse desenvolvimento do seu filho, que muitas vezes a faz lembrar das suas relações precoces, tendo ela que lidar com questões do presente e do passado, que talvez não ficaram resolvidas ou nunca foram bem definidas.</p>
---	--

Participante: M3	
Unidade de Significado	Unidade de significado Psicológico
1. “Para contar a história da minha maternidade, primeiro preciso contar a história da maternidade da minha mãe. São duas histórias que se entrelaçam. . . Minha mãe nasceu em 1928. Naquela época, moças solteiras tinham quase que um único objetivo: manterem-se virgens para que um bom homem as escolhesse para casar e formar uma família. Minha mãe não fugiu à regra e em 1951, com 24 anos, se casou com meu pai. A partir daí, começou a alimentar o sonho de se tornar mãe, mas sem sucesso.”	1. M3 vive a maternidade através do prisma da história da maternidade da sua mãe. Para ela a sua história da maternidade tardia está diretamente entrelaçada com a de sua mãe.
2. “Não se sabe ao certo o motivo da infertilidade, mas ela esperou anos para engravidar. Com 10 anos de casada conseguiu engravidar, porém perdeu o bebê aos 3 meses de gravidez. Fez vários tratamentos (os pouco que existiam na época), mas nenhum fez efeito. Até que com 18 anos de casada, começou a fazer aulas de yoga. Parece que as aulas surtiram efeito e aos 40 anos finalmente ela conseguiu engravidar, naturalmente.”	2. M3 descreve a história da maternidade da sua mãe como sendo difícil de engravidar, com a existência de um aborto. A infertilidade parece ser algo que surge como preocupante para M3.
3. “Bem, em resumo, quando ela tinha 41 anos de idade, eu nasci. Devido à idade considerada elevada para a época, ela decidiu que não teria mais filhos além de mim e assim, fiquei sendo sua única filha.”	3. M3 sente-se ser um fruto de uma gravidez tardia numa época que a maternidade tardia não era comum ou não tão aceita como hoje. Ser filha de uma maternidade tardia implicava que seria a única descendente dos seus pais, algo pouco comum naquele tempo.
4. “Essa história sempre me marcou muito, porque eu me sentia um “ser” diferente. Na época, não era comum ser filha única e principalmente, filha de pais “idosos”, que tinham idade para serem meus avós. Pra	4. Ser filha de pais tardios não foi muito aceito por M3, ela sentia como um ser diferente e sentia -se sozinha, por ser filha única, e por se sentir como, filha de avós, e não de pais. Parece que essa experiência de

<p>dizer a verdade, eu odiava ter pais com mais de 40 anos, enquanto os pais dos meus colegas de escola tinham cerca de 20 e poucos anos, no máximo 30. Isso me marcou tanto que desde pequena eu só tinha uma certeza de uma coisa: jamais teria um filho com 40 anos.”</p>	<p>seus pais idosos, suscitou-lhe sentimentos negativos de zanga e de ódio, bem como de inveja em relação aos seus colegas que tinham pais mais novos. M3 expressa que desde pequena queria lutar para ser diferente, ou seja, queria sentir-se como filha de pais novos e em pleno vigor e fugir a uma provável repetição de uma experiência de ser mãe aos 40 anos.</p>
<p>5. “Olhando por um outro lado, da parte de meu pai, ele sempre foi um homem rígido e muito protetor. Eu era a princesa de sua vida e seus planos para mim eram um só: que eu estudasse, me formasse e tivesse um bom emprego. Namorados? Nem pensar! E aí foi-se traçando o destino da minha vida amorosa. . . por conta desta super-proteção me tornei uma menina tímida e fechada, com vergonha de expor meus sentimentos e desejos. Tinha muita vontade de me divertir, sair com amigos, até mesmo namorar, mas como meu pai já era aposentado, sua presença perto de mim era constante. Se eu me atrasava um pouco para chegar em casa, ele já se preocupava. Também acompanhava meus estudos e me dava poucas chances de eu ter uma vida própria.”</p>	<p>5. Para M3 sua educação foi como viver em uma redoma fechada, em que sua história de vida está intimamente relacionada não somente com a sua mãe, mas também com o seu pai. M3 considerava que seu pai era muito protetor e controlador.</p>
<p>6. “As coisas mudaram um pouco quando comecei a sair sozinha para ir à escola. Eu tinha 15 anos e vi aí uma oportunidade de me libertar. Comecei a sair muito (nunca à noite), mas tinha amigas e me divertia bastante. Porém, mesmo com essa idade, ainda morria de vergonha dos rapazes e principalmente, morria de medo que se algum dia me envolvesse com algum menino, que meu pai descobrisse.”</p>	<p>6. M3 sente necessidade de referir que apenas pôde sair sozinha, quando fez 15 anos de idade. Sendo a escola como um meio de autonomização. Ela refere que foi a partir deste momento que teve uma oportunidade de se libertar. Mas que ela mesma reconhece que não, uma vez que sentia dificuldades internas na relação com os rapazes, vividas como proibidas pelo seu pai.</p>
<p>7. “Esse padrão de comportamento durou até meu segundo ano na</p>	<p>7. M3 teve que lutar para vencer a timidez e o temor de se relacionar</p>

<p>faculdade. Nesta época, com 18 anos e já dirigindo, eu já era mais independente, porém sempre com o controle constante de meu pai. Até que um decidi que não seria mais aquela garota tímida, que não conseguia se expressar direito e morria de vergonha quando algum estranho vinha falar comigo. Do dia para a noite mudei da água para o vinho e da santa que eu era, passei a me comportar bem diferente. . . não demorou muito, conheci meu primeiro “namoradinho”. Digo namoradinho porque não chegamos a namorar. Na verdade, foi um rapaz da faculdade o qual dei meu primeiro beijo (sim, com 20 anos!!).”</p>	<p>com o sexo oposto. Aos 18 anos de idade começa a construir a sua própria história, não dentro dos padrões de desejos de seus pais. M3 volta a realçar o controle excessivo do seu pai, expressando que <i>de santa que queriam que eu fosse eu não tinha nada</i>. Começou a exprimir um pouco mais os seus desejos.</p>
<p>8. “Por que mesmo já tendo 20 anos, tendo me dado uma carta de alforria, me relacionando com vários rapazes eu me mantinha virgem? Pela simples razão de que minha mãe fazia uma lavagem cerebral em minha cabeça com relação a este assunto. Ela achava que mesmo em uma época diferente, totalmente liberal, eu deveria seguir este preceito. E numa conversa, que mais foi em tom de briga, ela me disse algo que jamais saiu da minha cabeça: “Se você quiser perder sua virgindade, o problema é seu. Porém, tenha maturidade e vá perder sua virgindade apenas quando já estiver trabalhando e ganhando seu dinheiro. Assim, se você engravidar, você poderá decidir por si mesma o destino dessa criança e arcar com as responsabilidades financeiras disso”. Isso me marcou muito, a ponto de eu fazer de tudo para manter minha virgindade até conseguir meu primeiro emprego.”</p>	<p>8. A virgindade para M3 era como uma porta que se abre para a maternidade. Esta deve ser fechada até a conquista de sua independência financeira. Neste momento cria-se uma barreira para possíveis relacionamentos com o sexo oposto, no qual está associado a uma gravidez e não ao conhecimento das relações entre homem e mulher. Parece que ela ainda estava condicionada a um controle que já estava enraizado em si mesma, não é apenas externo, mas, já internalizado dentro de si. M3 Parece problematizar a questão da sexualidade através de expressar haver uma necessidade de uma estabilidade financeira.</p>
<p>9. “Mas minha vontade de perder a virgindade era tanta, que 3 meses após eu começar a trabalhar,</p>	<p>9. M3 expressa que a virgindade para ela adquire uma mecanicidade: a partir do momento que já não sou</p>

<p>telefonei para um amigo antigo, com que tive um relacionamento bem próximo, a ponto de eu ter intimidade suficiente para pedir que ele tirasse minha virgindade. E assim foi, aos 23 anos perdi minha virgindade e estava pronta para ser mãe.”</p>	<p>mais virgem, posso ser mãe. M3 escolhe um amigo para perder a sua virgindade, demonstrando que a sua sexualidade está desligada dos afetos amorosos, alguém com quem partilha uma certa intimidade, mas não um homem que suscita em si uma atração sexual e alguma ligação mais amorosa.</p>
<p>10. “ Os anos foram se passando e mais um empecilho surgiu de forma que eu não quisesse um relacionamento sério. Além de meus pais ainda me controlarem bastante, eu me preocupava com eles que estavam envelhecendo rapidamente. Por exemplo, quando eu tinha 24 anos, eles já estavam com 65 anos. Se pensarmos hoje, até que 64 anos não é uma idade tão avançada, mas para uma filha, única, que tinha um laço fortíssimo de amor e ódio com seus pais, vê-los envelhecer era aterrorizante. Mais uma vez fiz uma escolha: a de não me casar enquanto eles estivessem vivos. Fiz essa escolha porque eu é quem deveria cuidar dos dois, uma vez que eles não se davam bem. A ponto de termos duas casas, uma ao lado da outra, sendo que meu pai morava numa e minha mãe morava em outra.”</p>	<p>10. M3 considera que durante a sua vida foram surgindo muitos empecilhos, que a foram impedindo de construir uma relação mais séria, que se constituísse como uma base sólida para uma maternidade. Um deles foi o envelhecimento dos seus pais, e o facto de ser filha única obrigava-a a estar disponível para ajudá-los. Reconhece que os laços que a uniam a eles eram muito fortes e ambivalentes: amor e ódio. M3 expressa que nunca sentiu ser dona do seu próprio destino, este parecia já ter sido traçado e desenhado não por si, mas pela história dos seus pais. No mesmo discurso, recorda-se que os pais não se davam bem, moravam em residências diferentes, mas uma do lado da outra. M3 expressa que não sentia ter a oportunidade de escolha, ainda não conseguia se desligar ou afastar-se de seus pais. Parecia viver não a própria vida mas a de seus pais.</p>
<p>11. “ O relacionamento deles era uma coisa estranhíssima: desde que eu nasci, eles tinham brigas quase que diárias. Só vi um beijo deles uma vez na vida, quando era muito pequena. Depois disso, foram só brigas. Porém, nunca foi cogitada uma separação, imagino que por três motivos: primeiro, porque acima de tudo, eles pensavam no meu bem-estar. Uma separação, por mais branda que seja, afeta o emocional dos filhos e imagino que eles não quisessem isso para mim. O segundo motivo é que minha mãe</p>	<p>11. M3 descreve como “estranhíssima” a relação de seus pais, com brigas constantes, sendo que a hipótese de separação entre eles nunca foi cogitada, por três motivos: um deles era a sua existência, e a preocupação pelo seu bem-estar emocional; depois tanto o pai quanto a mãe eram dependentes um do outro: a mãe dependia do pai ao nível financeiro, e o pai dependia da mãe para as tarefas mais básicas: tratar da refeição e passar a ferro. M3 descreve que a vida dos seus pais foi marcada por mágoas, raiva e</p>

<p>dependia financeiramente de meu pai. Se ela se separasse, teria que começar do zero, procurar um emprego e isso estava fora de seus planos. E terceiro, que meu pai era totalmente dependente da minha mãe para fazer o que fosse, desde fritar um ovo até passar uma camisa. Sendo assim, eles foram vivendo suas vidas. Cheios de mágoas, de raiva, de decepções, até o fim de suas vidas.”</p>	<p>decepções. M3 parece que não sabe como é uma verdadeira relação amorosa, cuja base não é a dependência, mas sim os afetos, a partilha, a cumplicidade e a confiança</p>
<p>12. “. . . decidi que abdicaria de casar para cuidar deles. Meu pai faleceu em 2001, quando eu tinha 31 anos. Ficamos eu e minha mãe, eu cuidando dela. Nessa fase, eu já estava um pouco mais “tranquila”, já tinha tido alguns namorados sérios, inclusive meu pai chegou a conhecer 3 deles. Em 2004 conheci meu atual marido, aliás, por intermédio de minha mãe, que fazia um curso com ele. Tínhamos acabado de completar um mês de namoro quando minha mãe foi diagnosticada com cancro de mama, falecendo em 2007. Em todo este período meu marido me apoiou, ajudou e consolou assiduamente. Moramos juntos na minha casa durante 2 anos e decidimos então nos casar oficialmente.”</p>	<p>12. A sua renúncia de se casar e construir a sua própria vida transparece um sentimento de sacrífico necessário para recompensar os seus pais por tudo o que eles fizeram por ela. Afinal eles tinham ficado juntos por causa dela também. Mais uma vez, parece que M3 sentiu-se como se estivesse num labirinto sem saída, não havia hipótese de escolha do seu caminho – estava sozinha e responsável pelos cuidados dos seus pais idosos. Quando o seu pai faleceu M3 entrou numa fase em que se sentia um pouco mais tranquila. M3 parece transmitir que a partir daqui poderia ser livre para arranjar um namorado a sério, sem sentir-se culpada por isso, como se estivesse a trair o seu pai. Já que M3 era a menina dos olhos do seu pai, este não lhe permitia crescer, ser mulher e tornar-se mãe. M3 só veio a ter um relacionamento sério com um homem depois da morte de seu pai, que foi para ela um grande apoio num momento de crise: a doença tumoral de sua mãe. Outro fator importante é que este namorado foi apresentado pela sua mãe, como se M3 sentisse necessidade de ter a aprovação/bênção desta na escolha do par perfeito para si – que mais uma vez não foi uma escolha sua, foi alguém recomendado pela figura materna.</p>

<p>13. “No ano seguinte, após muitas conversas, decidimos começar a tentar um bebê. Na verdade, ainda era um desejo mais meu do que do meu marido. Devo esclarecer que nesta época, eu já tinha 39 anos e ele, mais novo do que eu, tinha apenas 33, ou seja, estava ainda tentando se estabilizar financeiramente, diferentemente de mim, que já tinha uma estabilidade, até por conta da herança que recebi de meus pais.”</p>	<p>13. M3 após se casar oficialmente decide que quer engravidar. Apesar desse desejo ser mais dela do que do seu marido. Aqui ela contrasta as diferenças de idade e de estabilização financeira de ambos, sendo os motivos sentidos por M3 para adiar a maternidade.</p>
<p>14. Essa, acredito, foi a maior barreira a ser vencida, pois meu marido achava que ainda não estava preparado emocionalmente para ser pai e principalmente, não teria como suprir suas necessidades no âmbito financeiro. Eu, por outro lado, com quase 40 anos, estava pressionada pelo relógio biológico e um pavor ainda maior rondava minha cabeça: como minha mãe demorou 18 anos para engravidar, meu receio era que o mesmo acontecesse comigo.”</p>	<p>14. Para M3 o conflito nesse momento estava entre o seu desejo e o facto do seu marido não se sentir preparado tanto ao nível financeiro como ao nível emocional para ser pai. M3 exprime sentir-se pressionada pelo seu corpo, como se este estivesse a dizer que ao nível biológico estava preparado para uma gravidez. O fantasma da experiência da maternidade tardia de sua mãe se revela bem presente em sua mente. O que a faz sentir um medo intenso de não conseguir engravidar e passar pelas mesmas dificuldades que a mãe passou.</p>
<p>15. “Pois bem, como cada corpo é um corpo, o meu graças a Deus era saudável e eu não tinha os mesmos problemas de minha mãe. Conclusão: da primeira tentativa (natural) de engravidar até eu descobrir que estava grávida, foram apenas 3 meses! E, acredite, meu marido foi parte fundamental neste processo, já que ele acreditava piamente que eu engravidaria fácil, ao contrário de mim. Novamente, após muitas conversas entre nós dois e também com sessões de terapia, cheguei à conclusão que, sim, eu poderia ser mãe.”</p>	<p>15. Para além de sentir-se feliz por engravidar naturalmente e rápido, M3 confronta-se que o seu corpo era diferente do corpo de sua mãe. Parece haver uma luta interna constante para fugir dos padrões de vida da sua mãe e ganhar uma vida autónomo desta, com um corpo separado e distinto, com capacidade de poder gerar uma criança.</p>
<p>16. “Em abril de 2011 descobri que estava grávida, para nossa alegria e de todos nossos parentes. Desta vez,</p>	<p>16. M3 apesar de sentir mais confiante com o seu corpo, teve ainda muito medo de que a sua gravidez não</p>

<p>eu estava mais confiante no meu corpo, mesmo assim, até os 3 meses fiquei receosa em relação a manter a gravidez e se o bebê nasceria sem nenhum problema. Após os exames de 3 meses, onde foi diagnosticado que o bebê crescia sem nenhum problema, relaxei”</p>	<p>chegasse a termo. O fantasma do aborto materno aos 3 meses de gestação ainda a rodeava constantemente, o que a impedia de se sentir tranquila. Só depois dos três meses de gravidez, quando realizou todos os exames é que sentiu que poderia relaxar.</p>
<p>17. “E fui conduzindo a minha gravidez da forma mais equilibrada possível. Reduzi minha carga de trabalho, passei a praticar yoga para gestantes, melhorei minha alimentação e li, li, li muito e fiz muitos cursos (indicação da doula). Foi num deles que descobri o parto humanizado, onde a gestante tem seu filho geralmente em casa, da maneira que bem preferir, sem analgesia e outros procedimentos médicos que venham a agredir a mãe e o bebê”</p>	<p>17. M3 teve a oportunidade de poder vivenciar a sua gravidez com menos stress, com a redução da carga laboral, o que possibilitou a prática de atividades para grávidas, bem como, melhorar a sua alimentação, desfrutar de leitura específica para grávidas, e frequentar cursos, sendo que num deles descobriu o parto humanizado. Seu desejo era ter o seu filho em casa, sem qualquer procedimento médico que pudessem ser sentido como agressivos a ela e ao bebê. Parece que com isso M3 sentiu a necessidade de ser humanizada, e bem cuidada.</p>
<p>18. “Essa minha escolha tinha muita relação com o tipo de parto que minha mãe teve quando nasci. Ela pediu até o último momento que seu médico a deixasse fazer um parto normal (no hospital). Porém, o médico foi enfático que devido à sua idade (41 anos), ele faria uma cesárea, pois um parto normal seria muito arriscado. Sendo assim, nasci por uma cesárea agendada e minha mãe não chegou nem a entrar em trabalho de parto. Mais uma vez, a experiência que minha mãe teve me fez ter certeza de que queria um parto humanizado, tanto que o obstetra que escolhi para fazer o meu parto era um dos melhores do Brasil, com especializações na Alemanha e outros países da Europa.”</p>	<p>18. Aqui mais uma vez M3 revela que a escolha pelo parto está relacionado com a experiência da maternidade de sua mãe. As suas histórias parecem estar entrelaçadas uma na outra, algumas vezes parecem se repetir de uma forma inconsciente, outras vezes parece que M3 procura ter experiências e escolhas semelhantes à sua mãe como forma de se sentir ligada a ela. Talvez o que M3 procurava num parto humanizado para o seu filho, era também uma forma de experienciar como se sentiria se o parto/nascimento dela própria tivesse sido humanizado? Se ela tivesse sido visto como uma pessoa diferente e única, e não como um prolongamento narcísico destes? Parece que a experiência da maternidade de M3 está a fazer reviver o seu próprio nascimento – uma forma de procurar no passado</p>

	<p>algo que não ocorreu bem, numa lógica da reparação.</p> <p>Parece que a escolha de um dos melhores obstetras do Brasil com várias especializações, é também uma procura de se valorizar ou valorizar o seu nascimento através do nascimento do seu filho.</p>
<p>19. “. . . aqui no Brasil, há um procedimento muito comum que é o de fazer uma cesárea caso o bebê passe das 38 semanas, pois a maioria dos médicos acha que é um risco esperar mais do que isso. Da minha parte, do meu marido e do meu médico, estava claro e acordado que esperaríamos o tempo que fosse necessário e se preciso, esperaríamos até 42 semanas.”</p>	<p>19. M3 tem o desejo que o nascimento do seu bebê seja feito de acordo com o decurso natural da sua gravidez. Esse desejo reflete uma necessidade de que os acontecimentos de sua vida não sejam controlado externamente, mas que estes sejam espontâneos e naturais, como deveria ter sido o seu crescimento e o processo de constituição da sua identidade.</p>
<p>20. “ No entanto, quando chegamos às 41 semanas, eu não tinha tido nenhuma contração ainda e a família e amigos já vinham me pressionando, contando casos assustadores de bebês que nasciam mortos porque haviam ficado tempo demais no ventre. Nós estávamos seguros do que estávamos fazendo, pois os exames indicavam que o bebê estava muito bem e tentávamos passar essa segurança para os outros. Porém, a pressão foi maior do que pude suportar e nas 41 semanas e 3 dias, não aguentei e pedi que o médico me internasse e comesse a induzir as contrações. Assim foi feito e mesmo com os fortes medicamentos, só comecei a ter contrações 3 dias depois.”</p>	<p>20. Quando chega nas 41 semanas sem nenhuma contração, M3 entra em desespero, uma vez que toda a sua família vem introduzir conteúdos negativos sobre o prolongamento da gravidez. Ela que já estava decidida juntamente com o suporte do marido em esperar o tempo necessário para o nascimento do seu filho, sente agora a pressão dos familiares que estavam à sua volta, o que a faz sentir-se angustiada e assustada, e a duvidar da sua decisão. Mais uma vez M3 cede à pressão externa, e pede ao médico para induzir as contrações nas 41 semanas e 3 dias. M3 transparece um medo de que algo poderá acontecer ao seu bebê.</p>
<p>21. “Entrei em trabalho de parto num sábado por volta das 5 da tarde. Estavam ao meu lado meu marido, meu obstetra e minha doula. Todos prontos para um lindo parto humanizado. Porém, com aquela espera toda durante semanas, eu já estava tão desgastada e angustiada, que durante as dores do parto</p>	<p>21. Nesse discurso surge evidente o conflito interno de M3: a dilatação do lado de dentro estava avançada, mas do lado de fora não. O seu corpo biológico parecia estar preparado para o nascimento do seu filho, mas parece que ela não se sentia tão preparada psicologicamente e emocionalmente</p>

<p>comecei a ficar nervosa. Não sei se isso afetou alguma coisa, mas ao fazer um exame de toque após 6 horas de contrações, o obstetra informou que eu estava com ZERO de dilatação. Foi diagnosticada uma fibrose no colo do útero que estava impedindo dele dilatar. Do lado de dentro do útero, a dilatação já estava em fase avançada, porém, do lado de fora, nenhuma dilatação. Para decepção de todos, inclusive do meu obstetra, cuja taxa de cesárea era de apenas 5%, tivemos que fazer uma cesárea de emergência. E assim, nasceu o X, meu bebê tão esperado.”</p>	<p>para ser mãe. <i>A menina tão protegida pelo seu pai nesse momento iria se tornar mãe.</i></p>
<p>22. “Por sorte, como eu estava acompanhada de uma equipe totalmente humanizada, mesmo sendo uma cesárea, os outros procedimentos respeitosos à mim e ao bebê foram mantidos. Ele veio para o meu seio assim que nasceu, tendo a oportunidade de mamar poucos minutos depois de ter vindo ao mundo. O pediatra só fez os procedimentos de pesagem, etc após a mamada. E após o retorno para meu quarto, o X ficou o tempo inteiro ao meu lado, não ficando no berçário longe de mim e do pai.”</p>	<p>22. A experiência do parto, ainda que não tenha sido como planeada e desejada, é descrita como positiva e cheia de significados, uma vez que todas as pessoas escolhidas para estar junto a si nesse momento importante estiveram presentes e foram de grande apoio e respeito. Ela sentiu-se acompanhada por uma equipe “humanizada”.</p>
<p>23. “Meu marido esteve presente em TODOS os momentos. Me acompanhou em TODAS as consultas de pré-natal, fez cursos de preparação para o parto, fez yoga junto comigo (era o único homem na sala rsrsrs). Quando fui internada para a indução das contrações ficou comigo o tempo inteiro e obviamente que durante o trabalho de parto esteve comigo. Também esteve na hora da cesárea, mesmo se segurando para não desmaiar, pois ele não suporta ver sangue e acabou vendo. Cortou o cordão umbilical do X e me ajudou na primeira mamada, ainda na sala de parto.</p>	<p>23. O marido de M3 foi a pessoa mais significativa em todo o processo da gravidez. Este casal vivencia o projeto da maternidade e paternidade juntos, lado a lado, sendo compartilhado as emoções e os significados de cada momento do filho desde a gravidez, o parto, até o presente momento com o seu crescimento e desenvolvimento.</p>

<p>Enfim, foi e ainda é um pai e marido muito presente, não tenho do que reclamar e sou muito grata a ele.”</p>	
<p>24. “Bem, felizes para sempre? Não foi bem assim. Estamos cansados de ver nos cinemas e televisão que assim que o bebê nasce, a mãe sente um amor incondicional por ele. Por incrível que pareça, comigo não foi assim. Pois é, um bebê tão esperado, tão desejado e esse amor não veio assim logo de cara. Pode ser por vários motivos. . . pode ser porque eu estava tão frustrada de não ter tido meu parto como tinha sonhado, ou pode ser porque o início da amamentação não foi fácil, enfim, para ser sincera, eu só fui amar mesmo o meu filho, com todas as minhas forças, quando ele completou um ano.</p>	<p>24. M3 parece buscar resposta sobre o amor materno. <i>Este deve ser automático e inato?</i> A experiência do amor materno para M3, parece acontecer aos poucos com o desenvolvimento do relacionamento mãe-filho. M3 procura racionalizar o facto de não sentir um amor incondicional pelo seu filho desde o primeiro momento. Se perguntando se foi por causa da falha do acontecimento do parto não ter realizado como planeado ou por causa das dificuldades dos primeiros momentos da amamentação ter sido difícil. Parece que M3 estava para além da procura de respostas mas talvez de um modelo de relacionamento mãe-filho.</p>
<p>25. “E hoje? Hoje não sei como seria minha vida sem ele. Ele acabou de completar 3 anos e é a razão do meu viver. Agora sim, sei que tudo valeu a pena e tudo vem a seu tempo. Sinto orgulho de ter cuidado dos meus pais como deveria, de ter escolhido o melhor marido do mundo e de ter feito cada opção ao longo de minha vida. Sou grata a Deus por ter me dado a chance de ser mãe.”</p>	<p>25. Essa frase reforça o que já foi suprarreferido. Para M3 foi realmente necessário um tempo para conhecer, se dedicar e amar o seu filho.</p>
<p>26. “E como é ser mãe com 40 anos? Tem seus prós e seus contras. Vamos começar pelos contras: não é fácil ter um corpo de 40 comparando-se com um de 20. Pra começar, eu engordei 17 quilos durante a gravidez. Consegui perder peso 3 meses após ele ter nascido, mas mesmo assim, ainda me sentia pesada e cansada. Como fiz a opção de parar de trabalhar quando o X nasceu, nos primeiros 6 meses eu passava longos períodos em casa. Saía pouco, na maioria das vezes a</p>	<p>26. Para M3 as mudanças corporais envolvidas na gravidez, dentre elas o facto de ter engordado 17 quilos, sendo que estes foram muito difíceis de perder, uma vez que passava o tempo sentada e deitada. Sentia-se pesada e cansada neste período.</p>

<p>pé para fazer compras num mercado próximo à minha casa. Como tinha empregada que além de cuidar da limpeza, ainda cozinhava, eu tinha muito tempo para ficar sentada ou deitada, coisa que eu adorava.”</p>	
<p>27. “Quando o X começou a engatinhar, com 6 meses e meio, fui obrigada a deixar a preguiça de lado e começar a me mexer, pois tinha que acompanhá-lo de perto para não se machucar. Daí para a frente, quando começou a andar com 10 meses, não tive outra escolha a não ser me mexer pra valer. O X já demandava mais atenção e mais movimentos da minha parte, como fazer longos passeios a pé, brincar no chão, etc. Para uma pessoa de 20 anos, a energia flui. Para uma de 40, que não se exercitava há anos, era um terror. Sendo sincera, ainda hoje prefiro mil vezes quando ele me pede para deitarmos na cama para assistir um desenho, mas como mãe consciente, não estimulo essa atividade, se é que podemos chamá-la disso. Sempre proponho brincadeiras ao ar livre, temos um quintal grande onde brincamos juntos com terra, água, tinta e brinquedos. Pulamos na cama, rolamos no colchão e saímos na rua à caça de frutinhas das árvores vizinhas.”</p>	<p>27. A experiência da maternidade parece ser bem proveitosa, onde há uma entrega por parte de M3 para desfrutar de cada minuto junto ao seu filho, apesar de sentir pouca energia e sentir que a idade é um fator que atrapalha. Porém M3 vivencia momentos de prazer na relação com seu filho e busca atender às suas necessidades, assim como esta fase do começo da andar do seu filho, é uma forma motivadora para M3 sair de sua passividade.</p>
<p>28. “Outro contra é o que eu mesma passei quando criança: achar que seus pais são “velhos” demais, passar noites em claro pensando que em breve eles irão morrer, ter brigas homéricas pelo puro conflito de gerações. Enfim, nem tudo é perfeito.”</p>	<p>28. M3 revela uma preocupação antecipada baseada na sua experiência de ser filha de pais idosos a qual assombrava, e os seus medos antigos agora com a chegada de seu filho estão a ser recordados: o medo que teve de perder os seus pais e ficar desamparada, o mesmo receio que transporta para o seu filho.</p>
<p>29. “Os prós de ser mãe aos 40 são vários. Estabilidade financeira, por exemplo. Como havia dito, recebi</p>	<p>29. As vantagens de ser mãe tardia para M3 é precisamente já ter uma profissão consolidada e uma</p>

<p>uma boa herança de meus pais, além de ter guardado um bom dinheiro ao longo de minha vida profissional. Isso me deu uma segurança forte ao decidir que pararia de trabalhar quando o X nascesse”</p>	<p>segurança financeira que a favorece nesse momento dar toda a atenção a seu filho sem ter a preocupação de estar dividida entre a tarefa da maternidade e o trabalho.</p>
<p>30. “ Outro pró: a maturidade e a experiência. Não preciso nem dizer que a cabeça que tenho hoje, assim como meus interesses, são totalmente diferentes dos que eu tinha aos 20 anos. E isso, ao educar um filho, faz toda a diferença. Digo isso porque tenho sobrinhas por parte do meu marido que estão com 25 anos e tratam seus filhos de maneira totalmente diferente. Por exemplo, o descuido com a alimentação de seus bebês. Eu sou muito rigorosa em relação à alimentação do X. Ele sempre comeu muitas frutas, legumes, quase nada de doces e outras porcarias. Já as minhas sobrinhas, dão salgadinhos, refrigerantes e chocolates. Minha preocupação com a alimentação do X é tão grande, que até já fiz 2 cursos sobre o assunto. Qual mãe, aos 20 anos, se disporia a gastar seu tempo e dinheiro com isso? E da mesma forma, meus cuidados e dedicação são totalmente diferentes, mais intensos, mais tranquilos.”</p>	<p>30. Com a idade que M3 tem hoje, ela sente que já adquiriu algumas experiências e conhecimentos sobre si, o outro e o mundo, que favorecem uma visão diferenciada sobre a vida e como educar o seu filho. M3 também compara a sua performance materna com as mães mais jovens, que segundo ela são menos rigorosas com a alimentação dos filhos. Para além disso, acrescenta que já realizou dois cursos sobre o assunto, algo que nenhuma mãe aos 20 anos faria. Ao mesmo tempo salienta que os cuidados e dedicação são muito diferentes, caracterizando-os como mais intensos e tranquilos.</p>
<p>31. “ Acredito que ser mãe aos 40 tem mais vantagens do que ser uma mãe de 20 ou 30 anos. A preguiça a gente bota de lado, a preocupação do filho em relação à morte dos pais sendo bem trabalhada, passa a ser bem aceita e o conflito de gerações? Bem, aí vai dos pais estarem dispostos a acompanhar seus filhos nas novidades que têm interesse.”</p>	<p>31. Para M3 que rejeitou a ideia de ser filha de pais com idade avançada, vê hoje na maternidade tardia muitas vantagens. O facto de no presente momento M3 viver essa experiência do outro lado, favorece a ela uma visão diferente sobre o que é ser mãe em idade tardia.</p>
<p>32. “ O X entrou para a escola nesta semana, ou seja, durante 3 anos, foi uma convivência diária e constante, onde só eu e ele existíamos.”</p>	<p>32. Nesse momento parece que M3 começa a sentir o crescimento do seu bebê o que implica no processo do desapego e da separação. O fim</p>

	da simbiose mãe-filho para que seu filho estabeleça outras relações.
<p>33. “Claro que também ele conviveu com pai, avô, tios, primos e coleguinhas da natação e parques, mas sempre fui eu a presença constante. Pois bem, mesmo com essa convivência tão intensa, ele estava maduro o suficiente para entrar para a escola sem precisar da minha presença. E eu também estava segura o suficiente ao saber que ele ficaria bem. E isso foi tão forte que logo no 2º dia de adaptação eu fui dispensada, não precisava mais acompanhá-lo na escola, pois ele já sabia se “virar sozinho”. E para mim? Foi maravilhoso. Porque agora posso cuidar de mim um pouco. Assim como fiz com meus pais, abri mão da minha vida por 3 anos para única e exclusivamente cuidar e educar o X. E não me sinto triste, desprezada, acabada. Me sinto feliz, pois fiz o meu melhor nesses 3 anos (e sempre continuarei fazendo), mas agora posso cuidar de mim.”</p>	<p>33. M3 reconhece que abdicou-se de si própria em dois momentos da sua vida: um deles para cuidar dos pais, e outro para cuidar “única e exclusivamente” do seu filho durante três anos. Ela refere ainda, “eu não me sinto triste, desprezada, acabada”- o que ela quer mesmo dizer é que durante toda a vida sentiu que não teve oportunidade de fazer o que realmente queria, sempre sentiu que teve que se abdicar dos seus desejos em prol dos outros.</p>
<p>34. “ Não me lembro muito bem, mas a falta de vontade sexual iniciou por volta do 7º mês quando comecei a ter dores terríveis no nervo ciático e não conseguia dormir direito. Minha coxa esquerda formigava, minha perna doía e eu acabava dormindo num outro colchão, porque me mexia muito (além das idas ao banheiro). Não tinha muita preocupação com relação a "machucar o bebê", mas eu sentia meu corpo mais sensível, principalmente na região genital, no colo do útero. Na verdade minha preocupação maior era em não sentir dor na relação, pois sentia um certo incômodo. a minha excitação, porém, permanecia, tanto que por várias vezes me masturbei.”</p>	<p>34. A relação sexual foi limitada durante a gravidez, não necessariamente pela falta de libido mas por haver uma sensibilidade em seu corpo, o que pode também ser traduzido como uma forma de seu corpo expressar que nesse momento com a gravidez, o seu corpo está a passar por uma transformação que não pode ser visto ou tocado pelo seu marido. Talvez, o seu corpo considerado por M3 como um ‘santuário’ reservado somente para seu filho que não poderia ser invadido por fatores externos que pudessem magoá-lo. A única excitação plausível era aquela que ela poderia dar-se a si própria: a masturbação. O corpo dela, sendo dela e do filho neste momento.</p>

<p>35. “Porém, após o parto, meu desejo sexual sumiu por completo. E pra ser sincera, perdura até hoje. Não sei se por alterações hormonais, ou por cansaço, ou por qualquer outro motivo, mas por meses eu não sentia a mínima vontade de ter relações sexuais. Mais uma vez, como sempre, meu marido foi compreensivo e soube respeitar meu tempo. E aos poucos fomos retomando nossa intimidade. Não vou mentir, não voltou a ser como era antes. Agora a prioridade sempre é o X, tanto da minha parte como da dele, mas nosso casamento está sólido como sempre, com muito respeito e amor. Acredito que a ida do X para a escola e esse tempo que terei para cuidar de mim serão muito benéficos, pois me darão uma auto-estima maior que refletirá em meu relacionamento.”</p>	<p>35. Após o parto a dificuldade de voltar a relação sexual perdura; sendo que sua energia é deslocada para a função materna. A sua atenção agora é voltada completamente para os cuidados com o seu filho.</p>
<p>36. “Meu marido não forçou nada. Aguentou esses longos meses quase sem nada (acho que chegamos a ficar até 2 meses sem fazer sexo) e mesmo depois retornando, a relação não voltou a ser a mesma. Aliás, vai muito além do sexo. Antes de eu engravidar, lembro que estávamos sempre de mãos dadas ou abraçados. Nos beijávamos sempre também. Depois do X, dificilmente voltamos a nos tocar como antes. Em parte, eu acabei me afastando por dois motivos: um porque eu engordei demais na gravidez e mesmo emagrecendo bastante depois, fiquei com um corpo muito diferente do que eu tinha.</p>	<p>36. Para M3 o cansaço e a preocupação com os cuidados com o bebê, nessa fase pós parto, podem ser uma forma, ainda que inconsciente de uma dificuldade na retomada das atividades sexuais, pois M3 revela uma forte preocupação com as alterações em seu corpo depois da gravidez, o que a faz sentir-se gorda e talvez menos feminina.</p>
<p>37. “ Quando meu marido me conheceu, eu tinha um corpo perfeito. Era magra, "durinha", jovem. Hoje me olho no espelho e vejo os sinais da idade. E o pior: eu olho no espelho e vejo minha mãe. Vejo seu corpo refletido. Seus seios, sua barriga,</p>	<p>37. M3 sente uma forte identificação com sua mãe não apenas da experiência de ser mãe tardia mas também ao nível da mudança corporal. Quando M3 se vê no espelho não vê apenas a si própria mas a sua mãe. Podendo isso ser um</p>

<p>sua postura e até sua maneira de enxergar a vida. Por vezes me pego tendo pensamentos que eram dela e não meus. Me vejo usando roupas que ela usava e não eu. E isso me faz detestar a imagem que vejo no espelho. Me faz pensar "como meu marido vai me desejar assim? Uma "senhora" de quase 45 anos?? Com um corpo feio, velho. . . Enfim, vejo boas perspectivas para este ano, pois o X começou a ir para a escola e agora poderei cuidar de mim, meu corpo e minha mente. Por outro lado, quando estava grávida e o X começou a mexer dentro da barriga, eu adorava. Adorava sentir aquela barriga grande e dura. Tanto que até hoje, quando vou dormir, deito de lado e acaricio minha barriga, como se ele ainda estivesse lá dentro. Tenho saudades dessa época. . .”</p>	<p>bloqueio para a retomada da sua relação sexual com o seu marido depois da gravidez.</p>
<p>38. “Psicologicamente, eu estava muito melhor que no aspecto físico. A minha certeza num parto humanizado era tanta, que nada me dava medo. Como também já disse, no começo da gravidez veio o receio do X ter algum problema físico ou mental, devido à minha idade, mas depois de tantos exames apontando que ele era saudável, relaxei.”</p>	<p>38. Para M3 sua mente aceitou bem a gravidez tardia mas o seu corpo sentia-se de forma diferente. Sendo que essas mudanças no seu corpo a fez sentir com uma baixa autoestima afetando à sua feminilidade e a sua sexualidade. Outro aspeto difícil para M3 em relação a gravidez tardia foi o medo de seu filho nascer com alguma anomalia, sendo essa preocupação sentida por quase todas as grávidas mas intensamente nas primíparas idosa.</p>
<p>39. “Meu marido curtiu muito a gravidez, mas principalmente quando o X começou a mexer dentro da barriga. Até então, parecia uma fantasia, um ser que não fazia muito parte do nosso dia-a-dia. Ele, por sinal, até conversava com o X ainda na barriga. Pra mim, já era mais difícil, eu tinha dificuldade em falar com ele, já que não conseguia vê-lo. Era como se fosse um ser estranho dentro de mim. Acredito que hoje, se eu tivesse um segundo filho, minha relação com o bebê</p>	<p>39. A relação mãe-bebê não pôde ser estabelecida na gestação, porque M3 precisava ver o seu bebê, apenas senti-lo a crescer no seu ventre era pouco para constatar a sua existência Parece que M3 precisava de algo concreto e palpável, caso contrário era apenas uma fantasia um ‘ser estranho’ dentro de si. Isso contrasta com as vivências do seu marido, que falava com o bebê na sua barriga, atribuindo-lhe já uma existência própria. M3 parece expressar que o pai do bebê</p>

<p>ainda na barriga seria muito diferente.”</p>	<p>estabeleceu mais facilmente uma relação com o feto. Porém, se tivesse outra gravidez, M3 considera que a relação mãe-bebê na gestação seria diferente.</p>
<p>40. “Sobre a amamentação foram várias batalhas silenciosas que provavelmente existiram justamente pelos conhecimentos que obtive ao longo desses 40 anos. Eu amamentei o X até seus 2 anos e 2 meses. Isso incomodava demais ao meu sogro e à minha cunhada, que acreditavam que 6 meses era o tempo ideal para amamentar.”</p>	<p>40. Sobre a amamentação, M3 centra-se não na experiência em si no ato de amamentar, mas sim no conflito de opiniões entre ela e o sogro e a cunhada, em relação ao tempo correto de amamentação do filho e a seguir, em relação ao tipo de alimentação a dar ao filho. Esses conhecimentos ela salienta que foram acumulados durante os seus 40 anos.</p>
<p>41. “Depois foi a batalha em relação à sua alimentação. Como disse anteriormente, somos enfáticos em ter uma alimentação saudável tanto para o X, como para nós mesmos. Ao contrário do meu sogro e cunhados, que amam doces e comidas pesadas e gordurosas.”</p>	<p>41. A preocupação com a alimentação do seu filho também é sentida não apenas como um mero cuidado materno mas também como um dos aspeto da maternidade tardia. Parece que M3 quer também revelar sobre a sua constante batalha da sua vida: em lutar contra as decisões dos outros, em proveito da sua própria.</p>
<p>42. “Acredito que o tempo mais difícil na minha relação com meu filho tenha sido no 2º ano e não no 1º. Digo isso porque nos 2 primeiros meses de vida do X, meu marido tirou férias no trabalho. Isso me ajudou muitíssimo, principalmente nas 2 primeiras semanas, em que eu quase não conseguia me mexer por conta da cicatriz da cesárea. Meu marido foi fundamental, pois se o X chorava, era ele que tentava acalmá-lo. Na maior parte das vezes, a troca de fralda era feita por ele. E o banho, desde seu primeiro dia de vida, foi dado pelo pai. Ou seja, minha quase única função neste período era amamentar. Em resumo, o primeiro ano foi bem tranquilo pra mim. Vale ressaltar que meu marido sempre continuou um pai muito presente e prestativo. Comparecia em todas as consultas do pediatra e</p>	<p>42. M3 sempre sentiu-se muito apoiada pelo seu marido, que sempre dispensou todos os cuidados necessários ao filho, quando ela estava impossibilitada de o fazer, devido ao facto de ter feito uma cesariana, que a impedia de se mexer. Mas aqui também fica saliente que M3 se apoiou muito no marido em várias tarefas no primeiro ano de vida do filho: desde acalmá-lo, a trocar a fralda e a dar-lhe o bando, sendo que a si apenas ficou uma tarefa específica: amamentar, o que a permitiu sentir-se tranquila. Parece que Será que M3 sentia-se pouco capaz para exercer essas funções. Sendo assim, descreve que o marido no primeiro ano de maternidade foi uma figura essencial. Talvez o segundo ano com seu filho tenha sido considerado o mais difícil, uma vez</p>

<p>pelo fato de ter seu próprio escritório, sempre chegava por volta das 17:00hs e me ajudava em tudo. E geralmente nos finais de semana, como eu sempre precisava fazer compras mais demoradas, ou alguma consulta médica, ele ficava com o X enquanto eu saía.”</p>	<p>que se sentia sozinha nessa tarefa, uma vez que o seu marido já não disponibilizava de um tempo integral para ajudá-la. É como se apenas no segundo ano tivesse que ser “mãe”.</p>
<p>43. “Sobre quando realmente me senti mãe acredito que não foi um momento exato, mas foi um crescente. Como eu disse, na hora do parto eu ainda não tinha a consciência de que era mãe, mesmo vendo aquele bebezinho na minha frente. Acho que o início foi na primeira vez que o amamentei após seu nascimento, quando estávamos de volta ao nosso quarto no hospital. Tê-lo em meus braços, se alimentando do meu leite. Outros sucessivos acontecimentos foram solidificando a sensação e certeza da maternidade: cozinhar para ele, falar o primeiro "não", arrumar suas bagunças, socorrer no primeiro machucado, ficar com o coração na boca a cada vacina, ajudar em seus primeiros passinhos, ficar surpresa com suas primeiras frases completas, o primeiro Natal, o primeiro dia das mães, o primeiro dia na escola, enfim, pequenos momentos que fazem parte do nosso dia-a-dia, mas simbolizam fortemente o que é ser mãe. Garanto que é um lindo "trabalho" e não há empresa ou emprego que nos dê tanta realização e orgulho.”</p>	<p>43. O sentido de tornar-se mãe aconteceu de forma contínua e progressiva. Tornar-se mãe para M3 sucede-se a partir do desenvolvimento da relação mãe-bebé. Não havendo nenhum momento específico ou preciso para essa fase de transição. O ser mãe para M3 é desempenhar várias funções ao nível dos cuidados maternos.</p>
<p>44. “Para finalizar, gostaria de reforçar o quanto foi difícil para mim, ser uma filha de uma mãe de 40 anos, mas que agora, estando do outro lado da moeda, só tenho a agradecer ter sido mãe após os 40. Deus sabe o que faz! ”</p>	<p>44. A experiência da maternidade tardia é sentida como uma oportunidade para refletir o outro lado que ela sempre rejeitou: ser filha de mãe com idade avançada. Agora M3 vê essa experiência como positiva e com muitas vantagens.</p>